



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação

Carina Alexandra de Jesus Tavares, nº29667

Julho, 2026

Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento
de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais
para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação

Carina Alexandra de Jesus Tavares, nº29667

**Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e
em Unidades de Saúde Pública (USP)**

Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária — área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Julho, 2026

Pensamento

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

O percurso da vida nem sempre é linear. É feito de desafios, de quedas, de momentos de dúvidas e de silêncios, onde é preciso parar, respirar e reencontrar forças para continuar.

Dedico este trabalho às minhas raízes, àquilo que me sustenta e me guia todos os dias.

À minha mãe, **Graça Rocha**, minha alma gémea, refúgio e amor incondicional, que é casa em qualquer lugar, presença constante que me acolhe e sustenta, em quem encontro sempre abrigo e sentido. Que nunca falte entre nós a simplicidade da mensagem: *“Já cheguei”*.

Ao meu pai, **José Tavares**, pela segurança, pelo cuidado silencioso e por ser sempre porto de abrigo, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu namorado, **Renato Marques dos Santos**, pelo amor, pela paciência, pela força serena, pelo incentivo constante, pela confiança inabalável de nunca me deixar esquecer do meu valor, mesmo quando eu própria duvidei.

A todos vós, que sois o meu alicerce

este caminho também é vosso.

Agradecimentos

Há caminhos que não se fazem sozinhos. Este foi um deles.

Entre conquistas e incertezas, dias leves e dias difíceis, houve sempre mãos que me ampararam, palavras que me sustentaram e presenças que me deram força para continuar. Este trabalho é o reflexo disso, de um percurso vivido com entrega, mas nunca em solidão.

À instituição de ensino e a todos os docentes, pelo rigor, pela exigência e pela dedicação, que moldaram não só o meu conhecimento, mas também a forma como hoje vejo e exerço o cuidar.

À Enfermeira Mestre e Especialista Silvana Marques, pelo exemplo de rigor, dedicação e humanidade, que ficará como referência no meu caminho enquanto profissional.

À Enfermeira Mestre e Especialista Liliana Cunha, pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimento, que tanto contribuíram para o meu crescimento.

À Professora Doutora Ana Andrade, por ter sido mais do que orientadora. Pela proximidade, pelo cuidado genuíno, pelas palavras que chegavam no momento certo, e pelos abraços que, tantas vezes, foram abrigo, força e recomeço, quando desistir parecia mais fácil.

À minha família, em especial à minha mãe, **Graça Rocha**, e ao meu pai, **José Tavares**, por serem sempre o meu ponto de partida e de regresso. Por serem sempre casa. Pelo amor que não falha, pelo colo que acolhe e pela força que, mesmo em silêncio, me ensinou a não desistir.

Ao meu namorado, **Renato Marques dos Santos**, por caminhar ao meu lado em todos os momentos. Pelo amor, pela paciência e pela forma como sempre acreditou em mim, mesmo quando eu própria vacilei.

À minha colega **Helena Rodrigues**, por ter sido muito mais do que companhia nesta jornada. Pela partilha, pela entreaajuda, pelas quedas e pelas vitórias. Por ser, tantas vezes, o meu equilíbrio. Como sempre dissemos, juntas completamo-nos.

Aos meus amigos, pela motivação, pela compreensão e pela leveza com que souberam estar presentes, mesmo à distância, recordando-me sempre que nunca estive sozinha.

A todos, levo-vos comigo. Porque este caminho, sendo meu, nunca foi só meu.

Resumo

Enquadramento: O envelhecimento populacional e o aumento da dependência funcional têm conduzido a uma maior institucionalização de pessoas idosas em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), exigindo respostas adequadas por parte dos cuidadores formais. A sobrecarga destes profissionais pode influenciar a qualidade dos cuidados e o encaminhamento para o Serviço de Urgência (SU).

Objetivo: Analisar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em ERPI.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, realizado com uma amostra de 40 cuidadores formais. Os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico, profissional e formativo, da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e do Questionário de Fatores Determinantes do Encaminhamento ao Serviço de Urgência (QFESU). O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: Os cuidadores formais apresentaram níveis elevados de sobrecarga, com predomínio da dimensão Impacto da Prestação de Cuidados. A falta de recursos destacou-se como o principal fator percecionado para o encaminhamento ao Serviço de Urgência. Verificou-se uma associação entre a sobrecarga e os fatores percecionados como determinantes desse encaminhamento. A perceção de formação adequada, a procura ativa de formação, a partilha de experiências entre colegas, a idade e os anos de serviço constituíram preditores de diferentes dimensões da sobrecarga. A pressão psicológica e a falta de recursos explicaram 61,0% da variância da sobrecarga global.

Conclusão: A sobrecarga dos cuidadores formais associa-se aos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento dos residentes ao Serviço de Urgência, destacando-se a pressão psicológica e a falta de recursos. Os resultados reforçam a necessidade de investir em estratégias de apoio organizacional, formação contínua e capacitação dos cuidadores formais, promovendo cuidados mais seguros, sustentáveis e centrados na pessoa idosa.

Palavras-chave: idosos; cuidadores; lares de idosos; Serviço de Urgência hospitalar; sobrecarga do cuidador; utilização de serviços de saúde.

Abstract

Background: Population ageing and the increasing prevalence of functional dependency have led to a greater institutionalization of older adults in Residential Care Homes (RCHs), requiring appropriate responses from formal caregivers. The burden experienced by these professionals may affect the quality of care provided and influence decisions regarding residents' referral to the Emergency Department (ED).

Objective: To analyze the relationship between formal caregivers' burden and the factors perceived as determinants of residents' referral to the Emergency Department in Residential Care Homes.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study was conducted with a sample of 40 formal caregivers. Data were collected using a sociodemographic, professional and training questionnaire, the Portuguese version of the Zarit Burden Interview (ZBI), and the Questionnaire on Determinants of Referral to the Emergency Department (QFESU). Ethical approval was obtained from the relevant Ethics Committee.

Results: Formal caregivers reported high levels of burden, with the Impact of Care Provision dimension presenting the highest scores. Lack of resources emerged as the main perceived determinant of residents' referral to the Emergency Department. A significant association was found between caregiver burden and the perceived determinants of referral. Perceived adequacy of training, active participation in training, sharing experiences with colleagues, age, and years of professional experience were identified as predictors of different dimensions of caregiver burden. Psychological pressure and lack of resources explained 61.0% of the variance in overall caregiver burden.

Conclusion: Formal caregivers' burden is associated with the factors perceived as determinants of residents' referral to the Emergency Department, with psychological pressure and lack of resources emerging as the main contributing factors. These findings highlight the need to invest in organizational support, continuous professional training, and the empowerment of formal caregivers to promote safer, more sustainable, and person-centered care for older adults.

Keywords: Aged; Caregivers; Nursing Homes; Emergency Service, Hospital; Caregiver Burden; Health Services Utilization.

Sumário

Pág.

Resumo

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

Introdução23

PARTE I: Componente de estágio29

1. Área de Enfermagem de Saúde Comunitária31

1.1. Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde Comunitária.....31

1.2. Caracterização do contexto clínico da Unidade de Cuidados na Comunidade.....33

1.3. Atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade.....40

2. Área de Enfermagem de Saúde Pública51

2.1. Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde Pública51

2.2. Caracterização do contexto clínico da Unidade de Saúde Pública52

2.3. Atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Saúde Pública56

PARTE II: Componente de investigação.....67

3. Estudo de Investigação - Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação69

3.1. Enquadramento Teórico69

3.2. Metodologia78

3.2.1. Tipo de estudo78

3.2.2. População e amostra81

3.2.3. Instrumento de colheita de dados.....82

3.2.4. Procedimentos de colheita de dados.....85

3.2.5. Procedimentos Éticos86

3.2.6. Tratamento e análise dos dados87

3.4. Resultados.....88

3.5. Análise inferencial.....96

Variável dependente: <i>Expectativas face ao cuidar (EFC)</i>	105
3.6. Discussão dos resultados	108
Conclusão	121
Implicações para a prática	123
PARTE III: Competências desenvolvidas	127
4. Competências desenvolvidas formativas.....	129
4.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	130
4.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	135
Reflexão final	141
Considerações Finais	145
Referência bibliográficas	149
Apêndices	159
Apêndice I – Projeto <i>#TuDecides#</i>	161
Apêndice II – Artigo de opinião	165
Apêndice III – Apresentação do estudo de investigação à equipa da UCC e outros parceiros locais em Plenário da Rede Social	167
Apêndice IV – Projeto <i>“Inverno Seguro na ERPI”</i>	171
Apêndice V – Instrumento de colheita de dados	179
Apêndice VI – Declaração de Consentimento Informado	189
Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados – QFESU (Pré-teste)	191
Anexos	195
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do IPV de autorização para realização do estudo	197
Anexo II – Autorização da utilização dos instrumentos de colheita de dados pelos autores	199

Lista de Tabelas

Pág.

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos cuidadores formais em função do género.	88
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais em função do género.	89
Tabela 3 – Caracterização do estado de saúde dos cuidadores formais.	90
Tabela 4 - Caracterização da acessibilidade residência-instituição dos cuidadores formais.	91
Tabela 5 - Caracterização profissional e formação dos cuidadores formais em função do género.	92
Tabela 6 - Áreas de formação que os cuidadores formais possuem.	93
Tabela 7 - Opinião sobre a adequação da formação em função do género.	94
Tabela 8 - Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidador formal.	95
Tabela 9 - Caracterização da classificação da sobrecarga do cuidador formal.	95
Tabela 10 - Estatísticas relativas aos fatores percecionados como determinantes de encaminhamento ao SU.	96
Tabela 11 - Teste U Mann Whitney entre o género e a idade e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e global).	97
Tabela 12 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e a sobrecarga dos cuidadores formais.	97
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis e Teste U Mann Whitney entre as variáveis profissionais e formativas e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global).	99
Tabela 14 - Teste U Mann Whitney entre a presença de doença/incapacidade e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global).	100

Tabela 15 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de deslocação residência-instituição e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global)..... 100

Lista de Quadros

Pág.

Quadro 1 - Regressão linear múltipla entre o Impacto da Prestação de Cuidados (IPC) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.....	102
Quadro 2 - Regressão linear múltipla entre a Relação interpessoal (RI) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.....	103
Quadro 3 - Regressão linear múltipla entre as Expectativas face ao cuidar (EFC) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.....	105
Quadro 4 - Regressão linear múltipla entre a Percepção da autoeficácia (PAE) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.....	106
Quadro 5 - Regressão linear múltipla entre a sobrecarga global (score global) e os fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao SU.	108

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - População residente por área geográfica.	33
Figura 2 - Distribuição da população residente na área de influência da UCC, por grupo etário.....	34
Figura 3 - Variação da população residente no território em estudo, por grupos etários.....	34
Figura 4 - Pirâmide etária da população residente, 2011 versus 2021.	35
Figura 5 - População inscrita na UCC, por idade e género, em abril de 2025.	38
Figura 6 - Pirâmide etária da população inscrita na UCC, por idade e género, em abril de 2025.....	39
Figura 7 - Organograma Funcional da Unidade de Saúde Pública do Baixo Vouga.....	54

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
BI-CSP	Bilhete de Identidade - Cuidados de Saúde Primários
COVID-19	Coronavirus Disease
CRC	Consultas Respiratórias de Comunidade
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DNO	Doenças de Notificação Obrigatória
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEEC-ESCSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
QFESU	Questionário de Fatores Determinantes do Encaminhamento ao Serviço de Urgência
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde
USP	Unidade de Saúde Pública
USP-SL	Unidade de Saúde Pública – Serviço Local
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>
s.d.	Sem data

Introdução

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrada nos Cuidados de Saúde Primários, configura-se como uma resposta estruturante às complexas e multidimensionais necessidades de saúde das populações locais, assumindo como eixos centrais a promoção da saúde, a prevenção da doença, a gestão da doença crónica e a mitigação das desigualdades em saúde. O Enfermeiro Especialista, nesta área, é um elemento crucial na implementação de estratégias intersectoriais e participativas, orientadas para o fortalecimento da autonomia individual, familiar e comunitária, bem como para a criação de contextos socioambientais promotores de saúde (Melo, 2020).

Os serviços de Saúde Comunitária e de Saúde Pública oferecem cuidados abrangentes e ao longo do ciclo vital das pessoas nas comunidades, combinando os cuidados primários, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população (Sarakshetrin *et al.*, 2017). Os enfermeiros que exercem Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são figuras essenciais na prestação de cuidados de saúde à comunidade. Para cumprir os padrões profissionais, os enfermeiros devem possuir competências nucleares que integram conhecimentos, habilidades e características pessoais (Okamoto *et al.*, 2020; Sarakshetrin *et al.*, 2017).

Neste pressuposto, considero relevante registar que o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, 1.^a edição, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), foi movida por uma sólida vocação para a intervenção comunitária e pelo compromisso de desenvolver competências que sustentassem uma prática especializada, cientificamente fundamentada e orientada para ganhos efetivos em saúde. Do exercício de funções há 11 anos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), permitiu desenvolver uma visão integrada do *continuum* de cuidados e reforçar a convicção de que a intervenção centrada na pessoa constitui a base para a promoção da saúde coletiva. Cada ação dirigida à pessoa repercute-se na família e na comunidade, numa lógica solidamente fundamentada nos princípios estruturantes da Saúde Pública, onde a responsabilidade é partilhada e a ação concertada potencia resultados sustentáveis.

Ao longo do percurso profissional, foram consolidadas competências na promoção da saúde, prevenção da doença e gestão do risco, intervindo junto de diferentes grupos

etários numa perspetiva de ciclo vital. O contexto escolar foi reconhecido como um espaço estratégico de intervenção precoce e de capacitação comunitária, com impacte estruturante na literacia em saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis. De igual modo, foi valorizada a articulação entre os diversos níveis de cuidados, nomeadamente através do planeamento de altas seguras, garantindo a continuidade de cuidados, a adequada referenciação e o robustecimento da autonomia do binómio pessoa/família no autocuidado.

No exercício das funções de enfermeira subcoordenadora da UCCI, assumir responsabilidades ao nível da organização dos cuidados, supervisão clínica, apoio à tomada de decisão e dinamização de equipas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos utentes. Desempenhar funções de coordenação do grupo local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), um programa prioritário de saúde pública da Direção-Geral da Saúde (DGS), enquadrado no Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 6386/2023, de 9 de junho, aplicável a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde, incluindo a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (DGS, 2022, 2023). No âmbito destas funções, assegurar a integração das dimensões técnica, estratégica e formativa na implementação de práticas baseadas na evidência científica, na monitorização sistemática de indicadores epidemiológicos e na promoção de uma cultura institucional de segurança, qualidade e responsabilização. O PPCIRA tem como objetivos gerais reduzir a incidência de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), promover o uso adequado e responsável de antimicrobianos e diminuir a prevalência de microrganismos com resistência adquirida, contribuindo para o cumprimento dos programas nacionais de vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde, do consumo de antimicrobianos e das resistências bacterianas, conforme definido nas orientações da DGS (2022, Despacho n.º 10901/2022). Neste contexto, promover e monitorizar a investigação de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos, colaborar em auditorias internas de controlo de infeção e planear e dinamizar ações de formação e sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde, alinhadas com as normas, orientações técnicas e circulares normativas da DGS, designadamente no âmbito das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, Vigilância Epidemiológica, Higiene das Mãos e Uso Prudente de Antimicrobianos. O documento estruturante desta intervenção orienta-se pelos princípios da melhoria contínua da qualidade, da segurança do doente e da monitorização sistemática de práticas clínicas, encontrando-se devidamente adaptado ao contexto assistencial da UCCI, bem como aos requisitos de avaliação das entidades reguladoras e de acreditação. Estas responsabilidades têm reforçado, de forma sustentada, a capacidade de liderança clínica, de

gestão de processos complexos e de intervenção multidisciplinar, competências desenvolvidas e consolidadas ao longo do percurso formativo agora encetado, fundamentais para o exercício especializado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

É de realçar que o Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública caracteriza-se como um percurso formativo orientado para o aprofundamento de conhecimentos científicos e metodológicos que sustentam a investigação e a intervenção especializada em diferentes contextos da prática profissional, na promoção de uma atuação autónoma e baseada na evidência. O curso valoriza a capacidade de aplicar conhecimentos na análise e resolução de problemas complexos, muitas vezes em cenários novos ou multidisciplinares, incentivando a construção de soluções participativas e ajustadas às necessidades da comunidade. Esta formação reforçou ainda a integração de saberes na gestão de situações complexas, mesmo quando a informação disponível é limitada, promoveu a tomada de decisão responsável, eticamente fundamentada e socialmente consciente. Desenvolver, progressivamente, competências comunicacionais que permitiram transmitir as informações e o raciocínio clínico de forma clara, bem como as competências de aprendizagem ao longo da vida, numa perspetiva autónoma e auto-orientada. Este Mestrado possui parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, reforçando a sua relevância académica e profissional (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho de 2018).

Nos termos definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2026, Circular Normativa n.º CN-CD/2026/1), a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista pode ocorrer por via da Certificação Individual de Competências, mediante o cumprimento de critérios específicos relacionados com formação académica, experiência profissional e outros elementos de valorização curricular. No âmbito do percurso académico conducente ao grau de Mestre, a realização de estágio em contexto real de prática clínica, bem como a elaboração de um relatório final, constitui um momento estruturante de consolidação de competências e promove a integração entre o conhecimento teórico e a prática profissional. Este processo assume-se como um espaço privilegiado de aprendizagem experiencial e reflexão crítica e permite evidenciar o desenvolvimento progressivo de competências especializadas, em consonância com os referenciais profissionais e académicos aplicáveis.

Por conseguinte, o relatório de estágio constitui um instrumento fundamental de avaliação do desenvolvimento profissional, traduzindo-se numa reflexão crítica, contínua e

contextualizada sobre o trabalho realizado. Implica uma análise fundamentada das intervenções, decisões e atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a refletir o processo evolutivo de aquisição e integração de competências especializadas. Tendo em conta o referido, este documento espelha o percurso formativo e reflexivo realizado no âmbito da unidade curricular Opção 5: Estágio com Relatório Final, desenvolvido em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP) integradas numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro. Este percurso permitiu desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEEC-ESCSP). O estágio decorreu entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, correspondendo a um total de 325 horas de contacto, distribuídas por uma UCC e por uma USP.

No âmbito das suas responsabilidades profissionais, o EEEEC-ESCSP desempenha uma função determinante na promoção da saúde e na resposta estruturada às necessidades das populações. Nos termos do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, da OE, as suas competências específicas assentam numa atuação estratégica, sustentada na metodologia do Planeamento em Saúde e orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde. Entre as suas atribuições destaca-se a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, através de métodos e instrumentos adequados à identificação de determinantes de saúde, fatores de risco e prioridades de intervenção, constituindo esta etapa a base para a definição de estratégias ajustadas ao contexto. O enfermeiro especialista assume igualmente um papel ativo na capacitação de grupos e comunidades, promove a literacia em saúde, o desenvolvimento da autonomia e a consolidação do *empowerment* dos cidadãos na gestão da sua própria saúde. Compete-lhe ainda colaborar na coordenação e implementação de programas de saúde de âmbito comunitário, em consonância com as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde, assegurando a sua adequação às especificidades locais e a monitorização dos resultados alcançados. Acresce a sua intervenção na vigilância epidemiológica em contextos geodemográficos definidos, através da recolha, tratamento e interpretação de dados relevantes, que alicerçam a tomada de decisão em saúde pública e permitem uma resposta célere e fundamentada a fenómenos emergentes (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, 2018).

As competências do EEEEC-ESCSP evidenciam a relevância estratégica da sua intervenção na promoção da saúde, na prevenção da doença e na melhoria sustentada dos contextos comunitários. Este processo orienta-se para a obtenção de ganhos efetivos em saúde, através da mobilização de evidência científica atualizada e otimização dos recursos

disponíveis. Através desta abordagem, procura-se reduzir a incidência de doença e reforçar fatores protetores, promover comportamentos saudáveis e potenciar mudanças sustentáveis nas comunidades (Rodrigues, 2021). O desenvolvimento integral das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista concretiza-se na prestação de cuidados de saúde e apoio psicossocial a indivíduos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade; na planificação, execução e avaliação de intervenções comunitárias; na promoção de processos de mudança e inovação baseados na evidência; e na participação ativa na gestão de cuidados dirigidos a grupos e comunidades, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade assistencial e para o fortalecimento das redes de suporte comunitário (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, 2018; OE, 2026, Regulamento n.º 454/2026).

Neste enquadramento, a análise dos contextos institucionais que acolhem populações particularmente vulneráveis, como as pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), assume especial pertinência. O envelhecimento demográfico, associado ao aumento da dependência funcional e da complexidade clínica, coloca exigências acrescidas às equipas cuidadoras e desafia a sustentabilidade das respostas sociais e de saúde (Gil-Lacruz *et al.*, 2026). A identificação de fatores organizacionais e humanos que influenciam a qualidade dos cuidados e a utilização dos recursos de saúde integra, por isso, o âmbito de intervenção do EEEC-ESCSP, enquanto profissional comprometido com a vigilância epidemiológica, a gestão do risco e a promoção de cuidados seguros, eficientes e centrados na pessoa (OE, Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, 2018).

Foi neste contexto concetual que emergiu a realização do estudo intitulado *Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação*. Esta investigação tem como finalidade analisar em que medida a sobrecarga física, emocional e organizacional dos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) poderá influenciar a frequência e os motivos de encaminhamento dos residentes ao Serviço de Urgência (SU), constituindo uma forma de contribuir para a compreensão mais premente dos determinantes organizacionais e humanos que interferem na utilização destes serviços de saúde, bem como para a diminuição da pressão exercida sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para a definição de estratégias de prevenção e mitigação da sobrecarga profissional, cuidados mais sustentáveis, humanizados e centrados na pessoa idosa.

Este relatório está estruturado em três grandes partes complementares. A primeira parte descreve e reflete criticamente o percurso de estágio realizado em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP) integradas numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, contemplando as atividades, os projetos e as intervenções desenvolvidos nos diferentes contextos da prática clínica e comunitária. A segunda parte apresenta o estudo de investigação intitulado *Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação*, incluindo a apresentação e análise detalhada dos resultados, a sua discussão, as conclusões e a proposta de estratégias para a continuidade e replicação futura do estudo. Por fim, a terceira parte centra-se na análise das competências desenvolvidas enquanto Enfermeira Especialista, bem como das competências específicas como EEEEC-ESCSP, estruturadas de acordo com os domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros, evidenciando o desenvolvimento profissional e académico ao longo do estágio e do estudo.

PARTE I: Componente de estágio

1. Área de Enfermagem de Saúde Comunitária

1.1. Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde Comunitária

A Enfermagem Comunitária constitui uma área de especialidade que se orienta para a prestação de cuidados contínuos, integrados e de proximidade, junto de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, ao longo de todo o ciclo vital. A sua intervenção é alicerçada numa visão global da saúde, que integra dimensões de promoção, proteção e recuperação, adaptadas às especificidades do território e às necessidades identificadas em cada contexto (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

Neste contexto, os EEEEC-ESCSP desempenham um papel determinante na identificação das necessidades em saúde da população, bem como na planificação e implementação de intervenções que promovam ganhos em saúde. A sua ação incide, de forma articulada, em áreas como a vigilância epidemiológica, reabilitação funcional, educação para a saúde e a gestão de programas comunitários, contribuindo para o reforço da coesão social, da equidade no acesso aos cuidados e da promoção da literacia em saúde. Esta abordagem visa não só responder às situações de doença, mas também fomentar estilos de vida saudáveis e potenciar a autonomia da pessoa, família e/ou grupos. (Cunha *et al.*, 2022). Estudos recentes destacam a importância da atuação dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública na melhoria dos indicadores de saúde da população, evidenciando a necessidade de valorização e reconhecimento profissional (Cunha *et al.*, 2021).

De acordo com a OE (2019), o exercício da Enfermagem na Comunidade implica um compromisso ético, técnico e relacional, que se concretiza na responsabilidade de prestar cuidados contínuos à população em todas as fases do ciclo de vida, promovendo a saúde, prevenindo a doença, protegendo grupos vulneráveis e assegurando intervenções ajustadas às necessidades reais identificadas. Esta prática enquadra-se no modelo de proximidade dos cuidados de saúde primários, abrangendo ações nos domínios da promoção e proteção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação de cuidados assistenciais, conforme definido no Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019). Foi neste enquadramento teórico e normativo que se desenvolveu o estágio numa UCC integrada numa ULS da Região Centro, que se distingue pela sua atuação integrada e centrada na sua comunidade. Esta unidade funcional assume um papel preponderante na resposta às necessidades em saúde da população da sua área de influência, promovendo a continuidade dos cuidados e a

articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde, com particular enfoque na proximidade e acessibilidade. A prática nesta unidade permitiu uma vivência concreta dos princípios subjacentes à Enfermagem Comunitária, através da participação ativa em atividades dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença e apoio a grupos vulneráveis.

A especialização em Enfermagem Comunitária exige o desenvolvimento de competências específicas que capacitem o Enfermeiro Especialista para intervir de forma autónoma, responsável e sustentada na evidência científica, em contextos reais comunitários, assegurando uma prestação de cuidados de excelência. Estas competências assumem particular relevância, dado que a comunidade é entendida como unidade de cuidado, considerando-se os seus determinantes sociais de saúde, dinâmicas culturais e redes de suporte. O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal implica uma atuação sustentada nos princípios ético-deontológicos, com respeito pela diversidade cultural e promoção da equidade no acesso aos cuidados (Carvalho *et al.*, 2020). A melhoria contínua da qualidade traduz-se na capacidade de conceber e implementar projetos de intervenção comunitária baseados em diagnósticos participativos, orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, com avaliação sistemática dos seus resultados (Dias & Ferreira, 2021).

A gestão de cuidados, na prática comunitária, pressupõe articulação com múltiplos parceiros da rede local de saúde, social e educativa, promovendo respostas integradas e adequadas às necessidades específicas da população. Por sua vez, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais evidencia a importância da formação contínua, da supervisão clínica e da participação ativa na produção e disseminação do conhecimento em saúde comunitária (Silva & Ramos, 2022).

Este capítulo propõe-se apresentar e refletir criticamente sobre o processo de construção destas competências ao longo do estágio, com consequente valorização das experiências formativas, dos contextos de prática e dos referenciais normativos e científicos que orientam a atuação do Enfermeiro Especialista, face aos desafios emergentes das comunidades, à complexidade dos determinantes de saúde e à responsabilidade enquanto agente promotor de mudança e desenvolvimento sustentável.

A realização do estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, constituiu um espaço formativo privilegiado para a consolidação e aquisição das competências específicas do

EEEC-ESCSP, em consonância com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros e com as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde.

1.2. Caracterização do contexto clínico da Unidade de Cuidados na Comunidade

Perfil e dinâmica demográfica da área de influência da UCC

Em conformidade com os dados referentes ao Recenseamento da População em 2021, a área geográfica de intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade apresentava cerca de 27 542 habitantes, traduzindo um decréscimo de cerca de 5,6% face ao número registado nos Censos de 2011 (29 150 habitantes). Esta tendência de decréscimo da população é de uma forma geral, transversal a todo o território nacional, verificando-se igualmente na Região Centro (cf. Figura 1).

Área Geográfica	2011	2021	Variação 2011-2021
NUT I (Portugal)	10 562 178	10 343 066	▼ 2,07%
NUT II (Região Centro)	2 327 755	2 227 239	▼ 4,3%
NUT III (Região [redacted])	370 394	367 403	▼ 0,8%
Município [redacted]	29 150	27 542	▼ 5,6%

Figura 1 - População residente por área geográfica.

Fonte: Carta Social do território em estudo (2025–2029, p. 21), com base em dados do INE.

A diminuição da população residente torna-se especialmente evidente nos grupos etários mais jovens e na população em idade ativa, evidenciando uma estrutura demográfica marcada pelo envelhecimento e pela redução populacional. Ao analisar a evolução da população residente por grandes grupos etários entre 2011 e 2021 (cf. Figura 2), verifica-se que apenas o grupo com 65 ou mais anos registou crescimento, passando de 6 895 para 8 112 indivíduos.



Figura 2 - Distribuição da população residente na área de influência da UCC, por grupo etário.

Fonte: Carta Social do território em estudo (2025–2029, p. 22), com base em dados do INE.

Este aumento corresponde a uma subida de 17,6% na última década, refletindo o peso crescente da população idosa no território em estudo (cf. Figura 3). Em 2021, as pessoas com 65 ou mais anos representavam aproximadamente 29,5% da população residente, valor significativamente superior ao registado em 2011 (23,6%).

Grupo Etário	Variação
0- 14	▼ 20,80%
15-24	▼ 10,80%
25-64	▼ 11,20%
65 – e mais	▲ 17,60%

Figura 3 - Variação da população residente no território em estudo, por grupos etários.

Fonte: Carta Social do território em estudo (2025–2029, p. 22), com base em dados do INE.

A análise da pirâmide etária da população residente, referente aos anos de 2011 e 2021, evidencia claramente o agravamento do processo de duplo envelhecimento ao longo da última década, caracterizado pela redução da população jovem e pelo aumento da população idosa. Para além do crescimento do número de idosos, verifica-se também um aumento da longevidade, o que se reflete no acréscimo da população com 80 ou mais anos, que registou um aumento de 16% em 2021 face a 2011 (cf. Figura 4).

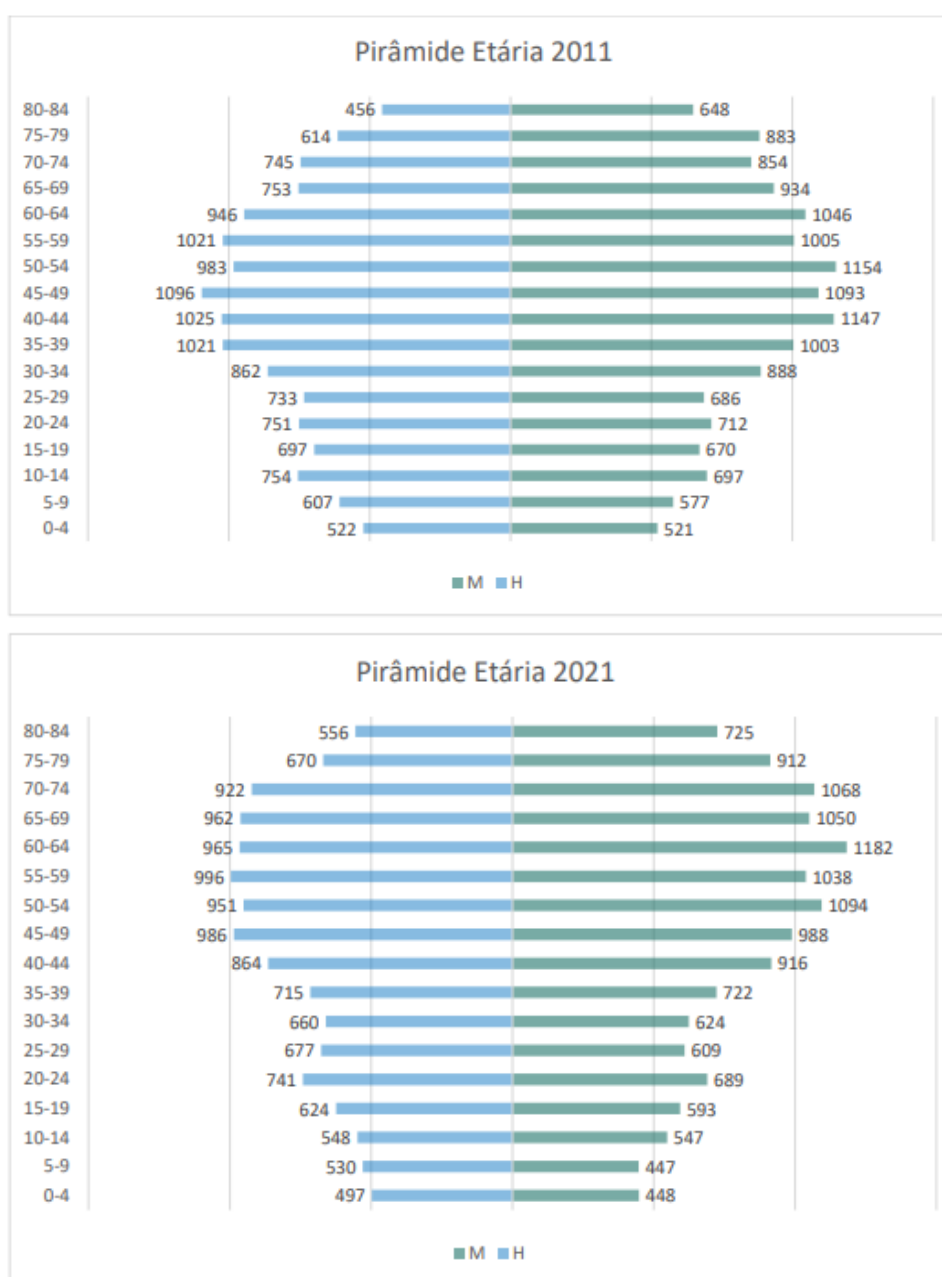


Figura 4 - Pirâmide etária da população residente, 2011 versus 2021.

Fonte: Carta Social do território em estudo (2025–2029, p. 24), com base em dados do INE.

A diminuição da população jovem, aliada ao crescimento da população idosa, torna-se particularmente evidente através do índice de envelhecimento. Entre 2011 e 2021, este indicador registou um aumento significativo na área geográfica em análise, passando de 186,3 idosos por cada 100 jovens em 2011 para 272,5 em 2021. De forma geral, o aumento do índice de envelhecimento verifica-se em todo o território nacional e na Região Centro. Contudo, na população em estudo este crescimento revelou-se mais acentuado.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é uma unidade funcional integrada na Unidade Local de Saúde da Região Centro. Desenvolve a sua atividade numa área geográfica que abrange diversas freguesias e uniões de freguesia, assegurando a prestação de cuidados de proximidade a uma população constituída por 27 979 utentes inscritos utentes inscritos (SNS, BI-CSP UCC, s.d.). A sua área de intervenção caracteriza-se pela diversidade demográfica e territorial, exigindo uma resposta integrada, articulada e adaptada às necessidades em saúde da população, em consonância com os princípios orientadores dos cuidados de saúde primários.

Trata-se de uma unidade multidisciplinar que assegura a prestação de cuidados de saúde, apoio social e acompanhamento psicológico, quer em contexto domiciliário quer comunitário. A sua intervenção dirige-se prioritariamente a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente aqueles que se encontram em risco acrescido ou apresentam dependência física, funcional ou patologia crónica, exigindo acompanhamento clínico e social continuado. Paralelamente, desenvolve ações de educação para a saúde, promove a articulação com redes de apoio familiar e dinamiza unidades móveis de intervenção, de acordo com a sua missão institucional. A resposta prestada pauta-se por uma abordagem humanizada, integrada e coordenada, estabelecendo uma ligação efetiva entre o sistema de saúde e diversas parcerias estratégicas da comunidade, como Autarquias, Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações e outras entidades locais (UCC, 2021).

A missão da unidade centra-se na promoção da qualidade dos cuidados de saúde, capacitando a pessoa, a família e a comunidade, fomentando a autonomia e adequando os recursos disponíveis às necessidades identificadas, com vista a elevados níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais. A sua atuação orienta-se por valores fundamentais como ética, deontologia, competência, respeito, motivação, qualidade, equidade, eficácia, eficiência, dinamismo e investigação (UCC, 2021; Ministério da Saúde, s.d.). No quotidiano da prática profissional, estes princípios materializam-se em cuidados prestados com proximidade, sensibilidade e atenção às reais necessidades da população,

conciliando o rigor científico com a dimensão humana e empática da enfermagem. A UCC afirma-se, assim, como um serviço de referência na prestação de cuidados de proximidade, assumindo um papel ativo na promoção do bem-estar e na transformação social da comunidade que serve.

A equipa técnica da UCC é multiprofissional, integrando enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, higienistas orais, nutricionistas e um assistente técnico (SNS, BI-CSP UCC, s.d.). Integra igualmente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (Portugal, 2006). Enquanto visão estratégica, assume o compromisso com a excelência na prestação de cuidados, respeitando as especificidades socioculturais da população abrangida e posicionando-se como unidade de referência a nível nacional. A coordenação da unidade é assegurada por uma Enfermeira detentora do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária.

O funcionamento da UCC decorre, maioritariamente, de segunda a sexta-feira, entre as 8h00 e as 20h00, podendo assegurar resposta ao fim de semana e feriados sempre que as necessidades assistenciais o justifiquem, demonstrando flexibilidade organizacional e compromisso com a continuidade de cuidados (SNS, BI-CSP UCC, s.d.).

No âmbito da sua atividade, a UCC desenvolve diversos programas e projetos integrados nos planos regionais de saúde, com os quais foi possível contactar durante o estágio, evidenciando a relevância da articulação entre formação académica e prática profissional em contexto real.

Para uma melhor compreensão do perfil demográfico da população assistida, destaca-se a Figura 5, que apresenta a distribuição dos utentes inscritos na UCC em abril de 2025. Esta representação assume particular importância no planeamento e adequação dos cuidados, permitindo identificar necessidades específicas de acordo com o ciclo vital e orientar estratégias de intervenção comunitária ajustadas à realidade populacional.



Fonte: RNU 04/2025

Figura 5 - População inscrita na UCC, por idade e género, em abril de 2025.

Esta heterogeneidade territorial implica uma diversidade de situações e exigências, perante os quais a UCC adapta a sua atuação com empenho e atenção às especificidades locais, procurando responder com uma abordagem ajustada às necessidades reais da população. À semelhança do que se verifica em muitos outros territórios do país, a população abrangida pela UCC caracteriza-se por um acentuado envelhecimento demográfico, conforme se pode comprovar através da Figura 6, que representa a distribuição dos utentes inscritos por grupos etários, recorrendo ao formato de pirâmide etária.

A análise da pirâmide evidencia um número significativo de pessoas em idade avançada, sendo visível a redução progressiva da base a partir dos 75 anos, com continuidade até faixas etárias superiores aos 100 anos. Esta configuração demográfica reflete não apenas uma elevada longevidade, mas também destaca os desafios acrescidos na prestação de cuidados de saúde adaptados a uma população envelhecida e com necessidades complexas.



Figura 6 - Pirâmide etária da população inscrita na UCC, por idade e género, em abril de 2025.

A caracterização da UCC evidencia a complexidade e riqueza do contexto em que esta unidade se insere. Com uma área de intervenção abrangente, vasta e diversificada, e uma população maioritariamente envelhecida, a UCC responde de forma articulada, humanizada e eficiente às múltiplas e reais necessidades da comunidade. A sua atuação assenta numa abordagem multidisciplinar, numa forte integração com parceiros locais e numa clara aposta na proximidade e continuidade dos cuidados. A missão, visão e valores da unidade estão profundamente enraizados na prática diária dos profissionais que a compõem, refletindo-se numa prestação de cuidados centrada na pessoa, baseada em princípios éticos, científicos e sociais.

O contacto direto com esta realidade ao longo do estágio permitiu aprofundar o conhecimento sobre a organização e funcionamento da UCC, bem como compreender a importância do trabalho em rede, da intervenção comunitária planeada e da adaptação contínua às transformações sociodemográficas do território.

1.3. Atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade

A prática especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública encontra-se sustentada no quadro regulador definido pela Ordem dos Enfermeiros, integrando as competências comuns do Enfermeiro Especialista, consagradas no Regulamento n.º 454/2026, e as competências específicas da área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, definidas no Regulamento n.º 428/2018. Estes referenciais normativos orientam uma intervenção especializada centrada na avaliação do estado de saúde das comunidades, na capacitação de grupos populacionais, na coordenação de programas de saúde e na vigilância epidemiológica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença e obtenção de ganhos em saúde.

Neste enquadramento, o ensino clínico desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) constituiu um espaço privilegiado de integração entre conhecimento científico, evidência empírica e prática profissional especializada, permitindo a operacionalização das competências inerentes ao perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A participação em atividades de natureza assistencial, educativa, preventiva, investigativa e de intervenção comunitária possibilitou o desenvolvimento de competências avançadas de planeamento, implementação e avaliação de projetos e programas de saúde, orientados para as necessidades identificadas na população.

Assim, apresentam-se seguidamente as atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade, evidenciando-se o seu contributo para o desenvolvimento das competências especializadas e para a consolidação do percurso formativo realizado.

Optou-se por abordar as competências específicas do EEEC-ESCSP de forma articulada, com a inclusão da avaliação do estado de saúde da comunidade e a capacitação de grupos, bem como a integração na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito

comunitário e a cooperação na vigilância epidemiológica de base geodemográfica, uma vez que todas se revelam intrinsecamente complementares no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Considera-se que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, realizada com base na metodologia do Planeamento em Saúde, constitui o ponto de partida para a identificação de necessidades, prioridades e recursos existentes. Este diagnóstico fundamenta a definição de estratégias e orienta a integração nas atividades de coordenação de Programas de Saúde, contribuindo para a consecução dos objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde e para a adequação das respostas às especificidades do contexto local. Por sua vez, o contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades representa a dimensão interventiva decorrente dessa avaliação, permitindo transformar o diagnóstico em ação concreta. O conhecimento da realidade epidemiológica e social da comunidade torna possível desenvolver estratégias promotoras de *empowerment*, participação ativa e corresponsabilização das pessoas na gestão da sua saúde, conforme preconizado pela OE (Regulamento n.º 428/2018). Nesta perspetiva, a realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico permite monitorizar indicadores de saúde, identificar tendências e fatores de risco e sustentar decisões baseadas em evidência, reforçando a articulação entre análise situacional e intervenção.

Deste modo, estas competências não se desenvolveram de forma isolada, mas interligaram-se num processo contínuo de análise, planeamento, coordenação e intervenção, orientado para a obtenção de ganhos efetivos em saúde e para o fortalecimento da autonomia e resiliência comunitária.

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade constitui uma etapa fundamental para a intervenção em Enfermagem Comunitária. O EEEEC-ESCSP deve possuir a competência de realizar um diagnóstico comunitário aprofundado, alicerçado numa recolha e análise sistematizadas de dados geodemográficos, epidemiológicos e socioculturais (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018). Este processo visa identificar os determinantes de saúde e as necessidades da população, quer as sentidas quer as expressas, e hierarquizá-las segundo critérios de prioridade. A avaliação rigorosa destes elementos permite fundamentar a definição de estratégias de intervenção que sejam simultaneamente eficazes, eficientes e ajustadas ao contexto específico da comunidade. Esta competência assume particular relevância na promoção da equidade em saúde e na racionalização dos recursos disponíveis, sendo indispensável para a tomada de decisão informada e sustentada em evidência.

É da competência do EEEC-ESCSP contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, através do desenvolvimento de competências orientadas para a capacitação em saúde, mediante a implementação de estratégias educativas e de intervenções participativas que visem o aumento da literacia em saúde e a promoção da autonomia dos cidadãos. Neste domínio, este profissional de saúde é um agente fulcral de mudança e facilitador do empoderamento de indivíduos, famílias, grupos e comunidades, estimulador da corresponsabilização pela saúde e incentivador da adoção de comportamentos promotores de bem-estar e qualidade de vida (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

Tendo por base as premissas suprarreferidas, as atividades desenvolvidas procuraram responder às necessidades em saúde da população local, sendo estruturadas em torno de áreas prioritárias de atuação, nomeadamente: vigilância epidemiológica, educação para a saúde, prevenção da doença, gestão da doença crónica, intervenção inerente ao cuidado informal/cuidados domiciliários, acompanhamento em saúde escolar, saúde materna e infantil, apoio a grupos vulneráveis e formação contínua dos profissionais. A apresentação destas atividades assenta numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, permitindo articular o conhecimento científico com a prática clínica e promover a análise fundamentada das intervenções realizadas, sempre com foco na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e no robustecimento da capacidade de resposta da comunidade.

Neste sentido, durante o estágio realizado numa UCC, participou em diversas atividades assistenciais, formativas e de intervenção comunitária, alinhadas com os domínios de atuação do EEEC-ESCSP, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 428/2018; OE, 2019; Regulamento n.º 743/2019). As ações desenvolvidas possibilitaram mobilizar conhecimentos técnico-científicos, reforçar competências relacionais e éticas e consolidar capacidades de planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem na comunidade. As atividades dinamizadas foram estruturadas de acordo com as áreas prioritárias, diretamente relacionadas com as competências definidas no artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

No domínio da Vigilância Epidemiológica, colaborou na avaliação do estado de saúde da comunidade e na vigilância epidemiológica de base geodemográfica, através da recolha e monitorização de indicadores de saúde comunitária. Integrou rastreios dirigidos, como o rastreio visual e a avaliação do nível socioeconómico, o que permitiu a identificação precoce de fatores de risco e de necessidades prioritárias, bem como a promoção de uma resposta atempada e contextualizada às vulnerabilidades detetadas.

No âmbito da Educação para a Saúde, atuou como agente ativo na promoção da capacitação individual e coletiva, dinamizando sessões educativas dirigidas a diferentes grupos etários e sociais. Destacam-se as atividades desenvolvidas no âmbito dos projetos “*Dormir Bem, Crescer Melhor*”, “*Ser pela vida, SBV*” e “*Alinha-te*”, centrados na promoção da saúde em meio escolar. Em particular, o projeto de Suporte Básico de Vida teve como objetivo dotar os participantes de conhecimentos e competências essenciais para a atuação em situações de emergência, promovendo uma resposta precoce e eficaz. Foram ainda abordadas temáticas como a adoção de medidas de higiene postural, a promoção da higiene do sono, bem como a dinamização de aulas de preparação para o parto e parentalidade. Estas intervenções tiveram como objetivo promover a literacia em saúde e capacitar a população para a adoção de comportamentos saudáveis. A OMS (2019) destaca a necessidade de reforçar estratégias que promovam a literacia em saúde como condição *sine qua non* para a concretização plena da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Neste enquadramento, observa-se, em Portugal uma clara convergência das organizações dos setores da saúde e social com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), evidenciada pelo reforço de parcerias multidisciplinares, envolvendo instituições, empresas e meio académico, pela divulgação de boas práticas de intervenção e pela valorização da produção e análise de evidência científica. De igual modo, tem-se verificado uma preocupação crescente em identificar quais as estratégias mais eficazes, em que contextos produzem melhores resultados e quais os fatores que justificam a sua efetividade, para potenciar decisões fundamentadas e intervenções mais ajustadas às necessidades das populações (Almeida, 2021). Como sustenta a mesma autora,

A saúde é considerada, por todos, o maior bem. A sua preservação compete a cada cidadão. Promover a saúde, cuidar na doença e prevenir complicações é a missão dos profissionais que integram as unidades de saúde prestadoras de cuidados (Almeida, 2021, p. 4).

Os programas de educação para a saúde desenvolvidos na comunidade assentam numa perspetiva integrada do sistema de saúde e de bem-estar. Esta abordagem pressupõe que o indivíduo, o grupo e a população sejam considerados duplamente: sob a ótica da presença ou ausência de doença; sobretudo em função dos processos que conduzem a um estado global de saúde, no qual o bem-estar assume um papel central na promoção e aumento da qualidade de vida, conforme preconizado por várias organizações, nomeadamente *World Health Organization, United Nations Children's Fund, & International*

Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2020). Neste enquadramento, os programas comunitários inscrevem-se num *continuum* de cuidados, como forma de reconhecer que as organizações de saúde têm como missão não só a prestação de cuidados em situação de doença, mas também a manutenção do bem-estar e a responsabilidade pela saúde de uma população. Tal implica uma forte articulação entre as unidades de saúde e o meio envolvente, de forma a promover intervenções que reforcem a capacitação das pessoas, seja qual for a sua faixa etária, a participação comunitária e a corresponsabilização pelos ganhos em saúde (Almeida, 2021).

A corroborar, Subiyanto *et al.* (2024) referem que os programas de educação para a saúde *para e na* comunidade desempenham um papel fundamental na melhoria da saúde pública, ao capacitar indivíduos e comunidades com conhecimentos e recursos que lhes permitem tomar decisões informadas sobre a sua saúde. Estes programas são concebidos para responder a problemas de saúde específicos prevalentes numa determinada comunidade, recorrendo a abordagens culturalmente adequadas para garantir o envolvimento e a participação ativa. Através da colaboração entre os profissionais de saúde, os líderes comunitários e as organizações locais, estas iniciativas desenvolvem intervenções educativas ajustadas às necessidades identificadas, promovem comportamentos saudáveis e facilitam o acesso aos serviços de saúde (Subiyanto *et al.*, 2024).

Ao longo das atividades desenvolvidas em contexto da UCC, constatou, de forma concreta, que a eficácia da educação para a saúde em meio comunitário se traduz na melhoria progressiva de indicadores de saúde, no aumento da literacia em saúde da população e no fortalecimento do envolvimento e participação comunitária. Verificou que, ao promover um maior sentido de responsabilidade individual e coletiva, bem como um sentimento de pertença à comunidade, estes programas não se limitam a dar resposta a necessidades imediatas. Pelo contrário, contribuem para ganhos em saúde sustentados, favorecem a autonomia das pessoas e reforçam a resiliência comunitária a médio e longo prazo. Numa perspetiva mais dilatada, torna-se evidente que os programas comunitários de educação para a saúde assumem um papel determinante na promoção da equidade em saúde, na redução das desigualdades sociais e no desenvolvimento de melhorias sustentáveis ao nível local, especialmente quando articulados com os recursos e parceiros da comunidade.

Os Projetos de Intervenção Comunitária nos quais participou encontravam-se previamente delineados e coordenados por outros profissionais de saúde. Apesar de não ter sido autora do desenho inicial da intervenção, teve uma participação ativa e sustentada em

diversas fases do projeto, assegurando a sua implementação eficaz junto da comunidade-alvo. A intervenção comunitária é essencial pois centra-se na prestação de cuidados a indivíduos, famílias e populações em contexto comunitário. Envolve uma abordagem mais holística aos cuidados de saúde, com ênfase na prevenção, na promoção da saúde e na gestão de condições crónicas. As estratégias utilizadas têm como finalidade a promoção do bem-estar das comunidades, independentemente das suas características antropológicas. Os projetos/programas são fundamentais para melhorar os resultados em saúde, reduzir as desigualdades e garantir o acesso aos cuidados por parte das populações, com particular destaque as mais vulneráveis (Tushe & Karagjozi, 2025).

O seu contributo incluiu o planeamento e adaptação de atividades de acordo com as necessidades emergentes identificadas no terreno, a dinamização de sessões de grupo conforme o plano de intervenção, a articulação com parceiros locais e outros profissionais e a monitorização e avaliação contínua dos efeitos da intervenção com base em indicadores definidos. Esta experiência permitiu mobilizar conhecimentos teóricos e técnicos de forma autónoma e fundamentada, aplicando princípios éticos e deontológicos no exercício da prática profissional. Considera-se, assim, ter desenvolvido competências compatíveis com o exercício especializado, nomeadamente ao nível da capacidade de integrar e aplicar saberes complexos em contextos reais de intervenção, em conformidade com o referencial de competências da Ordem dos Enfermeiros.

No domínio da Gestão de Programas Comunitários, participou na criação, conceção, planeamento, implementação e avaliação do projeto *#TuDecides#*, dirigido à saúde escolar e centrado na prevenção do consumo de substâncias psicoativas junto de adolescentes do 10.º ano, abrangendo todas as escolas da área de influência da UCC.

Esta intervenção encontrou fundamento na realidade epidemiológica, considerando que o consumo de substâncias psicoativas constitui um problema de saúde pública de grande magnitude. Estima-se que, em 2020, aproximadamente 284 milhões de pessoas entre os 15 e os 64 anos tenham consumido substâncias de forma abusiva a nível mundial (*United Nations Office on Drugs and Crime*, 2021). Dados internacionais demonstram ainda a prevalência significativa de dependência de álcool, canábis e opiáceos em diferentes contextos geográficos, bem como o aumento progressivo do número de consumidores de drogas em vários países, não excluindo Portugal (*United Nations Office on Drugs and Crime*, 2021).

A adolescência constitui uma fase marcada por intensas transformações biopsicossociais, caracterizada por elevada energia, criatividade e, simultaneamente,

vulnerabilidade. A influência do grupo de pares assume particular relevância neste período do desenvolvimento (Sawyer *et al.*, 2018). Estudos prévios indicam que a supervisão e a consciencialização parental funcionam como fatores protetores na prevenção do consumo de substâncias, enquanto a pressão dos pares surge como um dos principais fatores de risco associados ao início do consumo, sendo frequentemente identificada como motivo predominante em diversos contextos (Chapangain *et al.*, 2020; Bhandari *et al.*, 2021). A evidência demonstra que a maioria dos programas de prevenção do consumo de substâncias em adolescentes prioriza estratégias dirigidas à gestão da influência dos pares considerando que os adolescentes passam grande parte do seu tempo em contexto escolar, onde o grupo de pares exerce forte influência comportamental, a escola assume-se como um espaço privilegiado para a implementação de programas preventivos estruturados (Chapangain *et al.*, 2020; Bhandari *et al.*, 2021). Deste modo, o projeto *#TuDecides#* enquadrou-se numa resposta fundamentada na evidência científica, orientada para a promoção de competências pessoais e sociais, o reforço de fatores protetores e a redução de comportamentos de risco em contexto escolar.

Teve ainda a oportunidade de apresentar o projeto e dinamizar uma formação interna dirigida à equipa de enfermagem da UCC, uma forma de promover a partilha de boas práticas (Apêndice I). Procedeu igualmente à redação de um artigo de opinião para o jornal local, no âmbito da educação para a saúde através de artigo, e implementou a primeira intervenção em contexto escolar, junto da turma designada pela Enfermeira orientadora de estágio (Apêndice II). Estas experiências reforçaram a dimensão de divulgação do conhecimento, promovendo o aumento da literacia da população, articulação interprofissional e envolvimento comunitário.

A partir desta experiência prática desenvolvida durante o estágio e da análise das necessidades identificadas no contexto de intervenção, emergiu a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), identificando fragilidades relacionadas com a sobrecarga dos cuidadores formais e o seu impacto na qualidade dos cuidados e na utilização dos serviços de urgência. Este diagnóstico justificou a conceção de um estudo de investigação especificamente orientado para analisar as dinâmicas de cuidado em ERPI e propor estratégias de intervenção sustentadas em evidência.

O estudo *Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação*, desenvolvido no âmbito do estágio na UCC, foi

apresentado à equipa da UCC, ao Plenário da Rede Social e a outros parceiros locais, constituindo um espaço de reflexão crítica interprofissional (Apêndice III). Esta partilha permitiu problematizar práticas estabelecidas, identificar constrangimentos institucionais e evidenciar a necessidade de respostas mais estruturadas e integradas. De igual modo, reforçou a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na mediação de processos complexos, na gestão de riscos e na articulação intersetorial, promovendo respostas assistenciais sustentáveis e centradas na pessoa.

No âmbito dos cuidados centrados no ciclo vital, acompanhou a prestação de cuidados especializados em consultas de alcoologia e de cessação tabágica, inseridas numa abordagem focada na gestão de comportamentos aditivos. Esta experiência aprofundou a compreensão da relevância da relação terapêutica, da escuta ativa e das estratégias de entrevista motivacional no processo de mudança comportamental. Estes momentos evidenciaram o papel do enfermeiro enquanto agente facilitador de transições saudáveis, assumindo-se como elemento-chave no apoio à pessoa na reconstrução do seu projeto de saúde e de vida.

A complexidade inerente a estes processos torna-se particularmente evidente no contexto da cessação tabágica, onde a mudança comportamental é frequentemente marcada por múltiplas tentativas e recaídas. Cerca de dois terços dos fumadores atuais manifestam intenção de deixar de fumar e mais de metade realiza, pelo menos, uma tentativa de cessação por ano. Contudo, apenas aproximadamente 6% conseguem abandonar o consumo com sucesso e menos de 10% mantêm abstinência por um período mínimo de 6 a 12 meses (OMS, 2022). A maioria dos fumadores necessita de múltiplas tentativas até alcançar abstinência prolongada (Borland *et al.*, 2012). Em média, estima-se que um fumador realize 30 ou mais tentativas antes de conseguir cessação a longo prazo, sendo frequentes episódios pontuais de recaída, designados por *lapses*, que frequentemente evoluem para recaída completa (OMS, 2022). Estes dados evidenciam que grande parte das tentativas de cessação tabágica termina sem sucesso sustentado, o que reforça a importância de acompanhamento estruturado e especializado em consultas de cessação tabágica. Diversos fatores influenciam o sucesso ou insucesso na cessação, nomeadamente o grau de dependência nicotínica, o historial de consumo e a perceção dos riscos associados ao tabagismo, o que justifica intervenções individualizadas e integradas (Dai *et al.*, 2022).

Relativamente ao consumo concomitante de tabaco e de álcool, ambos apresentam elevada prevalência e são frequentemente utilizados em simultâneo. A nível mundial, em 2020, a prevalência de fumadores adultos era de 32,6% nos homens e 6,5% nas mulheres, correspondendo a cerca de 1,18 mil milhões de pessoas que fumam regularmente (Dai *et al.*, 2022). Está documentada a associação entre o consumo de álcool e de tabaco, verificando-se que os fumadores tendem a consumir álcool com maior frequência e em maiores quantidades quando comparados com não fumadores. Analogamente, a prevalência de dependência de nicotina entre indivíduos dependentes de álcool é particularmente elevada, situando-se em cerca de 80% (Dai *et al.*, 2022). Estes dados reforçam a necessidade de abordagens específicas em consultas de alcoologia e de cessação tabágica, reconhecendo a inter-relação entre ambas as dependências e a importância de estratégias terapêuticas articuladas, baseadas na evidência científica, para promover resultados mais eficazes e sustentáveis (Lima & Mascarenhas-Melo, 2022).

Participou também em intervenções inerentes ao cuidado informal, através das visitas domiciliárias realizadas pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com carácter e objetivo interventivo, que reforça a gestão de condições crónicas e de dependência em meio familiar e comunitário. Nos termos do artigo 2.º da Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril (2025), a ECCI constitui uma equipa multidisciplinar responsável pela prestação de cuidados domiciliários, médicos, de enfermagem, de reabilitação e apoio social, dirigidos a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, convalescença ou com comorbilidades e regimes terapêuticos complexos, inseridas no seu contexto familiar e com rede de suporte social.

Relativamente à formação contínua e ética profissional, participou em sessões de formação interna na área dos cuidados paliativos, nomeadamente na formação “*Abordagens à pessoa com necessidade de cuidados paliativos: a perspetiva do profissional de cuidados de saúde primários*”, dinamizada por um Enfermeiro Especialista da Unidade de Cuidados Paliativos de uma Unidade Local da Região Norte. Participou igualmente na formação e *workshop* “*Ética nos Cuidados de Saúde*”, dinamizada por uma Médica do Centro Biomédico da Região Centro de Portugal - Faculdade de Direito. Estas formações contribuíram para o aprofundamento da prática reflexiva e para a atualização contínua do conhecimento científico, substancial para a tomada de decisão clínica fundamentada e para o cumprimento dos princípios deontológicos da profissão. Este tipo de formação é crucial, ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), cuja missão é promover a saúde, prevenir a doença e gerir condições crónicas, compreendendo a oferta de cuidados paliativos aos doentes e às suas famílias, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. A

reiterar esta premissa, Zidan, *et al.* (2025) referem que este contexto enfrenta desafios na área dos cuidados paliativos, nomeadamente a insuficiente formação dos profissionais de saúde. Assim, a educação contínua em saúde constitui uma ferramenta fundamental para promover a integração entre os cuidados paliativos generalistas e os especializados, ampliar a equidade e a qualidade da resposta nesta área da rede de cuidados, compreendendo no âmbito domiciliário.

Tais experiências em epígrafe no contexto real de prestação de cuidados em saúde comunitária permitiram consolidar as aprendizagens adquiridas ao longo do percurso formativo e aprofundar competências técnicas, relacionais e de gestão fundamentais ao exercício autónomo e responsável da enfermagem especializada em contexto comunitário. O conjunto destas vivências proporcionou plenamente a conjugação da teoria e da prática.

A prática desenvolvida refletiu ainda uma efetiva articulação com a Carta de Compromisso da Unidade de Cuidados na Comunidade, garantindo a integração das ações nas dinâmicas locais de saúde, em articulação com os recursos e parceiros comunitários. A proximidade com a comunidade, a escuta ativa das suas necessidades *in loco* e a participação em equipas multiprofissionais reforçaram o compromisso com uma prática humanizada, centrada na pessoa, promotora de transformação social e orientada para a excelência dos cuidados prestados.

2. Área de Enfermagem de Saúde Pública

2.1. Enquadramento conceptual e teórico de Enfermagem de Saúde Pública

A Saúde Pública constitui um campo multidisciplinar orientado para a proteção e melhoria da saúde das populações, através da compreensão dos determinantes da saúde, da vigilância epidemiológica, da promoção da saúde, da prevenção da doença e da implementação de políticas e intervenções baseadas na evidência científica. A sua atuação transcende a dimensão individual dos cuidados, privilegiando uma abordagem populacional que integra fatores biológicos, sociais, económicos, ambientais e comportamentais, com vista à obtenção de ganhos em saúde sustentados e à redução das desigualdades em saúde.

Neste contexto, a Saúde Pública desempenha uma função estratégica na identificação das necessidades de saúde da população, no planeamento de respostas adequadas e na monitorização dos seus resultados, constituindo um elemento fundamental para a tomada de decisão em saúde e para a definição de prioridades de intervenção.

Em termos operacionais, esta atuação concretiza-se através da monitorização do estado de saúde da população, da identificação dos determinantes sociais e ambientais, do planeamento de intervenções coletivas e da avaliação do respetivo impacto. Em Portugal, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2025* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), registam-se avanços significativos, embora persistam desafios que exigem respostas estruturadas e fundamentadas em evidência científica. A esperança média de vida à nascença situa-se em 82,5 anos, valor superior à média da OCDE, refletindo melhorias nos cuidados preventivos e no acesso aos serviços de saúde. As taxas relativamente baixas de mortalidade evitável demonstram a eficácia de intervenções de saúde pública, como vacinação, rastreios e controlo de doenças infecciosas e crónicas. Contudo, a prevalência de doenças crónicas, como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, evidencia a necessidade contínua de estratégias de promoção da saúde e educação comunitária (OCDE, 2025).

A análise dos determinantes sociais e comportamentais orienta diretamente a intervenção da Enfermagem Comunitária. O tabagismo, presente em cerca de 14% da população adulta, exige programas estruturados de cessação tabágica e campanhas educativas consistentes. O consumo de álcool, aproximadamente 11,9 litros por adulto,

ultrapassa a média da OCDE, justificando a implementação de políticas regulatórias e estratégias de redução de risco. O sedentarismo, que afeta mais de metade da população adulta, reforça a necessidade de programas comunitários de promoção da atividade física, enquanto o aumento da obesidade destaca a importância de intervenções dietéticas e educativas que incentivem hábitos de vida saudáveis (OCDE, 2025). Estes fatores delineiam o contexto em que o enfermeiro especialista planeia e executa intervenções preventivas e educativas, articulando comportamentos individuais, determinantes sociais e recursos comunitários.

O acesso equitativo aos cuidados de saúde constitui igualmente um determinante essencial. Em Portugal, a cobertura universal dos cuidados de saúde primários possibilita a implementação de programas preventivos e rastreios dirigidos à população, enquanto a elevada taxa de vacinação infantil demonstra o impacto positivo da atuação do enfermeiro comunitário na consolidação de práticas preventivas. Embora as necessidades não satisfeitas de cuidados se mantenham relativamente reduzidas, continuam a representar indicadores relevantes para a vigilância e intervenção dirigida a grupos vulneráveis, reforçando a importância da análise epidemiológica para a tomada de decisão (OCDE, 2025).

A integração de indicadores epidemiológicos, da análise dos determinantes sociais e comportamentais e da avaliação do acesso e da qualidade dos cuidados permite ao EEE-ESCSP assumir um papel central na definição de prioridades e na implementação de estratégias ajustadas às necessidades reais das comunidades. Estes profissionais monitorizam tendências de saúde e doença, coordenam programas preventivos, organizam campanhas de vacinação e rastreios, identificam desigualdades e avaliam o impacto de políticas públicas, assegurando intervenções fundamentadas na evidência científica e adaptadas às especificidades dos contextos comunitários.

2.2. Caracterização do contexto clínico da Unidade de Saúde Pública

O ensino clínico realizou-se na Unidade de Saúde Pública – Serviço Local (USP-SL), integrada numa Unidade Local de Saúde da Região Centro, estrutura responsável pela coordenação e operacionalização das funções essenciais de saúde pública no respetivo território. A USP assume um papel estratégico na proteção, promoção e vigilância da saúde da população, desenvolvendo a sua intervenção numa perspetiva populacional, intersectorial e baseada em evidência científica.

A unidade atua sobre uma área geográfica caracterizada por uma distribuição populacional heterogênea, com predomínio de população envelhecida, existência de instituições sociais relevantes, nomeadamente ERPI, e dinâmicas sociodemográficas que exigem respostas integradas e sustentadas em saúde pública. Este contexto confere particular relevância à intervenção do EEEEC-ESCSP, enquanto profissional com competências para avaliar necessidades em saúde, planejar intervenções e articular respostas adequadas aos determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos que influenciam a saúde coletiva.

No plano organizacional, a USP-SL desenvolve a sua atividade em articulação com a Autoridade de Saúde Local, as Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as autarquias, as instituições do setor social, educativo e comunitário, bem como outras entidades da administração pública. Esta articulação interinstitucional é fundamental para a operacionalização de programas de saúde pública, vigilância epidemiológica, ações de prevenção da doença, promoção da saúde e resposta a situações de risco para a saúde da população.

A equipa multiprofissional integra médicos de saúde pública, enfermeira com grau de mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, técnicos de saúde ambiental e outros profissionais, cujas competências complementares permitem uma abordagem integrada dos problemas de saúde identificados no território. O trabalho em equipa, a comunicação eficaz e a partilha de responsabilidades constituem pilares fundamentais da prática desenvolvida, potenciando intervenções mais eficazes e ajustadas à realidade local.

As áreas de atuação da USP-SL incluem, entre outras, a vigilância epidemiológica e ambiental, a promoção e proteção da saúde, a observação do estado de saúde da população e a implementação de programas e planos de intervenção em saúde pública (cf. Figura 7). Integram ainda a implementação do Programa Nacional de Vacinação, a saúde escolar, a saúde ambiental e ocupacional, a prevenção e controlo de infeções, a vigilância sanitária de estabelecimentos e a participação em programas nacionais e regionais de saúde, desenvolvidos de forma articulada com diferentes entidades e parceiros, com vista à promoção da saúde, à proteção da população e à garantia de uma resposta integrada às necessidades da comunidade. Neste contexto, a missão da USP consiste na proteção e melhoria da saúde da população, através da prevenção da doença, da promoção de estilos de vida saudáveis e da vigilância contínua dos determinantes de saúde. A sua visão consubstancia-se na construção de comunidades mais saudáveis, resilientes e informadas,

alicerçando a sua intervenção na evidência científica, na cooperação interinstitucional e na proximidade com os cidadãos.

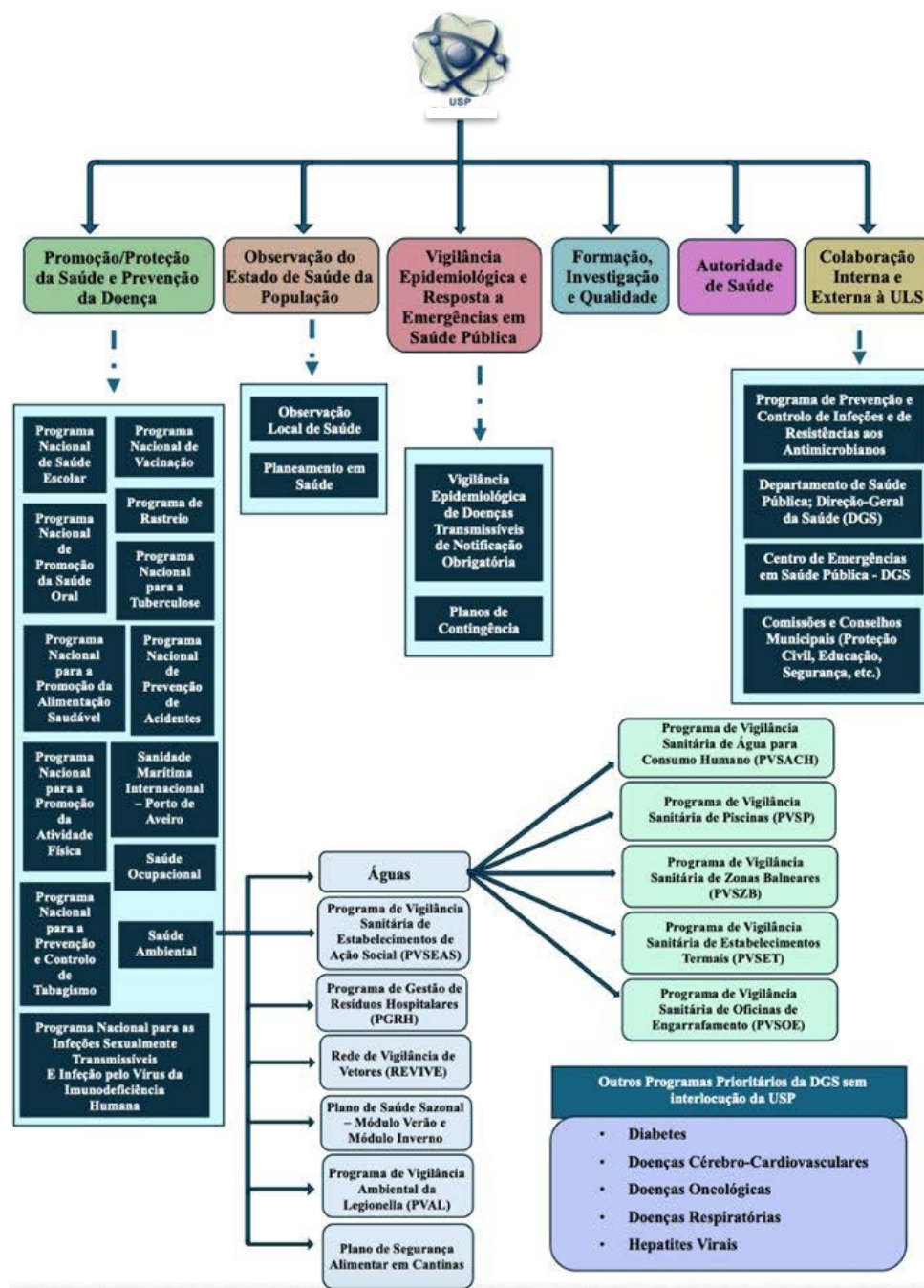


Figura 7 - Organograma Funcional da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local.

Fonte: Elaboração própria, com base em documento interno da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local, disponibilizado pela enfermeira orientadora de estágio.

Estas áreas encontram-se alinhadas com os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde e com as orientações normativas da DGS, constituindo contextos privilegiados para o desenvolvimento das competências específicas do EEEEC-ESCSP.

A escolha deste contexto para a realização do estágio revelou-se particularmente pertinente para a consolidação de competências especializadas, uma vez que proporcionou contacto direto com problemas reais de saúde pública, exigindo uma atuação fundamentada, ética e orientada para a tomada de decisão em contexto de complexidade.

A integração na USP-SL permitiu, assim, compreender de forma aprofundada o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança, com intervenção determinante na proteção da saúde coletiva, na redução de riscos e na promoção de comunidades mais saudáveis e resilientes.

A relevância deste contexto de estágio encontra fundamento nos princípios da Saúde Pública, entendida como o esforço organizado da sociedade para promover, proteger e restaurar a saúde das populações, através de intervenções orientadas para a prevenção da doença, o prolongamento da vida e promoção do bem-estar coletivo (*World Health Organization*, 2020). Neste contexto, a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública afirma-se como uma área especializada da enfermagem, cuja função central consiste na identificação das necessidades de saúde coletiva, no planeamento e implementação de intervenções dirigidas, na vigilância epidemiológica e na avaliação de resultados, com o propósito de atuar sobre os determinantes sociais e ambientais que influenciam o estado de saúde das comunidades.

Esta prática ultrapassa a intervenção direta junto de grupos vulneráveis, integrando igualmente a coordenação de programas de saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis e o reforço da capacidade das comunidades para o autocuidado, assegurando uma abordagem integrada, participativa e sustentada (OE, 2015; OE, 2018).

Neste enquadramento, o EEEEC-ESCSP assume um papel estratégico, traduzindo conhecimento técnico e científico em intervenções concretas com impacto na saúde coletiva. A sua atuação exige elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão fundamentada, sustentada na identificação de problemas de saúde comunitária e na mobilização eficiente de recursos que promovam equidade e melhoria das condições de vida. Entre as competências nucleares desta especialidade destacam-se a avaliação sistemática do estado de saúde das comunidades, com recurso à metodologia do Planeamento em Saúde, a participação na coordenação de programas alinhados com o Plano Nacional de Saúde e a colaboração na vigilância epidemiológica de âmbito

geodemográfico, garantindo intervenções contextualizadas, éticas e baseadas na evidência científica (OE, 2010; OE, 2015; OE, 2018).

A pertinência desta especialidade evidencia-se particularmente no contexto atual, marcado por mudanças demográficas, transição epidemiológica e crescente complexidade dos determinantes de saúde. Nestes cenários, os enfermeiros especialistas são chamados a intervir de forma proactiva, promovendo estratégias intersectoriais que reforcem a capacitação comunitária, consolidem parcerias institucionais e desenvolvam projetos orientados para a criação de ambientes promotores de saúde. A atuação integrada da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública contribui para melhorias mensuráveis nos indicadores de saúde e assume um papel determinante na redução das desigualdades, fortalecendo a resiliência das populações face aos desafios contemporâneos (OE, 2010; OE, 2015).

O presente estágio foi concebido com o propósito de proporcionar uma experiência formativa prática orientada para a aquisição e consolidação destas competências especializadas. A experiência na USP-SL possibilitou a aplicação integrada de conhecimentos técnicos, científicos e éticos na prática comunitária, evidenciando a relevância da intervenção especializada do enfermeiro na promoção da saúde coletiva e na melhoria dos indicadores de saúde da população.

2.3. Atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Saúde Pública

A atuação do enfermeiro especialista insere-se num paradigma contemporâneo de saúde pública que privilegia modelos de intervenção ecológicos e populacionais, sustentados na análise multidimensional dos determinantes sociais, económicos, comportamentais e organizacionais da saúde, alinhando-se com as políticas nacionais de saúde pública operacionalizadas pela Direção-Geral da Saúde e materializadas estrategicamente através dos Programas Prioritários de Saúde. Estes instrumentos constituem dispositivos de política sanitária orientados para a governação do sistema de saúde, contribuindo para a operacionalização das metas estruturantes do Plano Nacional de Saúde, designadamente no que respeita à promoção da equidade em saúde, à sustentabilidade dos sistemas assistenciais e à redução da carga global de doença.

Neste quadro, o enfermeiro especialista assume funções de governação clínica, entendida como a capacidade de articular decisão clínica, gestão de recursos e responsabilidade ética e social, participando ativamente na coordenação, implementação, monitorização e avaliação de programas de saúde comunitários. Tal intervenção exige a mobilização sistemática de metodologias de Planeamento em Saúde, permitindo a construção de diagnósticos populacionais rigorosos, baseados em evidência epidemiológica, análise estatística e interpretação contextualizada dos fenómenos de saúde-doença, com vista à definição de intervenções custo-efetivas e cientificamente validadas.

Paralelamente, a intervenção especializada desenvolve-se numa lógica de transição paradigmática dos modelos biomédicos para modelos salutogénicos e de promoção da saúde, sustentados na capacitação comunitária, desenvolvimento da literacia em saúde e promoção do *empowerment* individual e coletivo, enquanto estratégias estruturais de autonomia sanitária e participação cidadã nos processos de gestão da saúde. Esta abordagem é particularmente relevante na atual organização dos sistemas de saúde, caracterizados pelo aumento da cronicidade, envelhecimento demográfico e complexificação das necessidades de cuidados, exigindo respostas integradas, interdisciplinares e centradas na pessoa.

Acresce ainda que a prática do enfermeiro especialista se orienta pela produção de evidência científica transferível para a prática clínica, pela monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e pela avaliação de *outcomes* em saúde, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, segurança do doente e eficiência organizacional. Deste modo, a intervenção especializada assume-se não apenas como prática assistencial, mas também como instrumento de transformação dos sistemas de saúde, sustentando processos de inovação clínica, sustentabilidade dos recursos e fortalecimento das respostas em saúde pública, particularmente em contextos comunitários e populacionais vulneráveis.

Neste seguimento, apresentam-se as atividades desenvolvidas no contexto da Unidade de Saúde Pública, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento das Competências Específicas do EEEEC-ESCSP no contexto de Unidade de Saúde Pública. As atividades realizadas foram desenvolvidas em articulação com as necessidades identificadas no território de intervenção, permitindo mobilizar a metodologia do Planeamento em Saúde, participar em programas comunitários, colaborar na capacitação de grupos e comunidades e cooperar nas atividades de vigilância epidemiológica. O conjunto destas experiências descritas espelha um percurso de consolidação progressiva de

competências de saberes técnico-científicas, éticas e relacionais, através da integração da evidência científica com a prática profissional e do compromisso permanente com a promoção de ganhos efetivos em saúde da população.

De entre as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde Pública – Serviço Local (USP-SL), saliento a elaboração de um Diagnóstico de Situação de Saúde dos idosos institucionalizados em ERPI do território de intervenção. Este diagnóstico permitiu identificar áreas prioritárias de intervenção no âmbito de saúde pública, mormente a prevenção de doenças e a promoção da vacinação, com especial enfoque em patologias com maior impacto na população idosa, como a gripe, a pneumonia e a COVID-19. Foram igualmente considerados aspetos relacionados com a gestão de doenças crónicas, como a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares e osteoarticulares, a reforçar a importância da literacia em saúde, da vigilância regular e da adoção de estilos de vida saudáveis. A prevenção de quedas assumiu também particular relevância, tendo em conta o seu impacto na morbilidade e perda de autonomia, com valorização de estratégias como a adaptação dos espaços, a promoção da mobilidade e o exercício físico adequado. Para além disso, destacou-se a importância da saúde mental e da ligação social, reconhecendo o impacto do isolamento e da solidão no bem-estar dos idosos, bem como a necessidade de promover atividades que favoreçam um envolvimento ativo e saudável. Neste contexto, o papel dos cuidados de proximidade revela-se fundamental, uma complementaridade das intervenções de saúde pública através do apoio nas atividades diárias, do incentivo a comportamentos saudáveis e do acesso aos cuidados de saúde.

O envelhecimento constitui um processo biológico complexo, resultante da acumulação progressiva de danos moleculares e celulares ao longo do tempo, conduzindo a uma diminuição gradual das capacidades físicas e mentais, ao aumento do risco de doença e, em última instância, à morte (OMS, 2024). No entanto, estas alterações não seguem um padrão linear nem uniforme, apresentando uma relação limitada com a idade cronológica, o que explica a grande diversidade observada nas idades mais avançadas. Para além das mudanças biológicas, o envelhecimento associa-se frequentemente a transições significativas de vida, como a reforma, a mudança de residência e a perda de pessoas próximas (OMS, 2024). Entre as condições de saúde mais comuns destacam-se a perda auditiva, alterações visuais, doenças crónicas como a diabetes e as doenças cardiovasculares, bem como a depressão e a demência, sendo frequente a coexistência de múltiplas patologias. Acresce ainda o aparecimento de síndromes geriátricas, como a fragilidade, as quedas e a incontinência, que resultam de múltiplos fatores interligados (OMS, 2024).

Apesar destes desafios, o aumento da longevidade representa uma oportunidade para a promoção do envelhecimento ativo, permite às pessoas idosas manterem-se autónomas, participativas e envolvidas na sociedade. A concretização deste potencial depende, em grande medida, do estado de saúde e dos contextos físicos e sociais em que os idosos vivem ao longo do ciclo vital e no aqui e agora. A adoção de estilos de vida saudáveis, compreendendo uma alimentação equilibrada, a prática regular de atividade física e a evicção do consumo de tabaco, contribui para a manutenção da capacidade funcional e para a redução do risco de doenças crónicas. Os ambientes físicos e sociais favoráveis, acessíveis e inclusivos desempenham um papel determinante, ao permitir que as pessoas idosas continuem a realizar atividades significativas, mesmo perante eventuais limitações. Importa ainda reconhecer que não existe um perfil único de pessoa idosa, sendo as diferenças observadas fortemente influenciadas por fatores sociais, económicos e ambientais, bem como por desigualdades acumuladas ao longo da vida. Neste sentido, a promoção do envelhecimento ativo exige uma abordagem integrada de saúde pública, que valorize a prevenção e o controlo da doença, bem como a adaptação, a participação social e o bem-estar global. Neste contexto, a OMS tem vindo a destacar a importância de políticas e intervenções que reduzam desigualdades, combatam o idadismo e promovam comunidades inclusivas, no âmbito da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 (OMS, 2024).

O estágio realizado na USP-SL proporcionou uma experiência única de imersão no contexto real da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, possibilitando o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e éticas essenciais à atuação do EEEEC-ESCSP. Desde os primeiros dias, a integração numa equipa coesa, experiente e disponível para orientar o processo de aprendizagem permitiu compreender a amplitude e complexidade das intervenções em saúde coletiva, revelando o papel transformador do enfermeiro na promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades.

De igual modo, foram realizadas atividades integradas nos projetos de âmbito da Saúde Escolar, designadamente: *“Sorri Dente”*, *“Bem Comer. Mexer, Escovar, só custa começar”*, *“Na Medida Certa”* e *“+Contigo”*, que permitiram desenvolver estratégias educativas sobre hábitos alimentares, saúde oral, educação para os afetos e sexualidade, dirigidas a crianças e adolescentes. A Iniciativa Global de Saúde Escolar da OMS, lançada em 1995, tem como objetivo mobilizar e reforçar as atividades de promoção e educação para a saúde aos níveis local, nacional, regional e global. Esta iniciativa foi concebida para melhorar a saúde dos alunos, do pessoal docente e não docente, das famílias e de outros membros da comunidade, através do contexto escolar (OMS, 2026). O objetivo da Iniciativa Global de Saúde Escolar da OMS é aumentar o número de escolas que possam

verdadeiramente ser designadas como “Escolas Promotoras de Saúde”. Embora as definições possam variar consoante as necessidades e as circunstâncias, uma *Escola Promotora de Saúde* pode ser caracterizada como uma escola que reforça continuamente a sua capacidade enquanto ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar (OMS, 2026). A orientação geral da Iniciativa Global de Saúde Escolar da OMS é guiada pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), pela Declaração de Jacarta da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997) e pela Recomendação do Comité de Peritos da OMS sobre Educação e Promoção da Saúde Escolar Abrangente (1995), como refere a OMS (2026).

As Escolas Promotoras de Saúde são estabelecimentos de ensino que reforçam continuamente a sua capacidade de se constituírem como ambientes saudáveis para viver, aprender e trabalhar. Adotam uma abordagem global da escola, integrando políticas escolares saudáveis, currículos adequados, ambientes físicos e sociais favoráveis, bem como o envolvimento da comunidade e a articulação com serviços de saúde (*World Health Organization, United Nations Children's Fund, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, 2023). Neste pressuposto, um programa de saúde escolar tem como objetivo transformar cada escola numa Escola Promotora de Saúde, o que pode ser alcançado através da construção de sistemas educativos orientados para a promoção da saúde. Um sistema educativo promotor de saúde é aquele que, através de ações intencionais e planeadas, institucionaliza a promoção da saúde em todas as suas funções, designadamente na governação do processo educativo e dos seus conteúdos, na alocação de recursos, no desenvolvimento profissional dos professores, nos sistemas de informação e na gestão do desempenho (*World Health Organization, United Nations Children's Fund, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, 2023). Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel de destaque, particularmente na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. A sua intervenção é primordial na implementação de políticas e de programas de promoção da saúde em meio escolar, na capacitação de alunos, famílias e profissionais da educação, na identificação precoce de fatores de risco e na articulação entre a escola, os serviços de saúde e a comunidade. Desta forma, contribuem ativamente para a construção de ambientes escolares mais saudáveis, equitativos e promotores de bem-estar.

Outra atividade desenvolvida consistiu na capacitação do pessoal docente e não docente em temas como a diabetes *mellitus*, o que reforçou a prática de empoderamento de grupos e comunidades, promovendo-se mais literacia em saúde, autonomia e capacidade de decisão informada. Cada sessão educativa constituiu uma oportunidade para integrar

conhecimentos teóricos e técnicos em intervenções de impacto direto na comunidade. A gestão eficaz da diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) em contexto escolar requer uma colaboração estreita entre as crianças/jovens com DM1, os seus pais, os professores e os profissionais de saúde locais. Neste contexto e como forma de corroborar esta intervenção dá-se como exemplo um estudo recente de autoria de Soodhana *et al.* (2025) que envolveu professores titulares de turma de crianças com DM1, provenientes de escolas do ensino básico e secundário dos distritos de Kozhikode e Wayanad, em Kerala. O conhecimento e as perceções dos professores relativamente à DM1 foram avaliados através de um questionário semiestruturado, aplicado antes e após uma sessão de formação de um dia sobre a gestão da DM1. Participaram 80 professores, com uma mediana de 8 anos de experiência profissional. No conjunto, lecionavam a 97 crianças com DM1 (48 rapazes e 49 raparigas), incluindo 17 (21,3%) docentes do 1.º ciclo do ensino básico. A maioria, 91,25% (n=73), não possuía formação formal prévia sobre DM1, embora muitos tivessem conhecimento sobre a diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) através da família, dos meios de comunicação social ou da internet. O conhecimento inicial sobre a gestão da DM1, incluindo aspetos como alimentação, exercício físico e hipoglicemia, revelou-se limitado. A maioria das crianças administrava insulina na sala de aula, enquanto outras utilizavam a sala de professores ou instalações sanitárias. As pontuações de conhecimento antes da formação variaram entre 0 e 10 (mediana 7; intervalo interquartil [IQR] 5-8), registando-se uma melhoria significativa após a formação, com valores entre 2 e 13 (mediana 9,5; IQR 7-11) ($p < 0,001$). Soodhana *et al.* (2025) concluíram que a sessão de formação permitiu melhorar significativamente os conhecimentos dos professores relativamente à DM1. A educação em diabetes no contexto escolar é fundamental para garantir a segurança e o bem-estar das crianças com esta patologia crónica.

Ainda como forma de reforçar a importância da promoção da literacia em saúde em contexto escolar, importa compreender que esta corresponde ao conjunto de conhecimentos e competências que as pessoas desenvolvem ao longo da vida, através das experiências quotidianas, das interações sociais e da transmissão intergeracional de saberes (OMS, 2025). A literacia em saúde não depende unicamente das capacidades individuais, sendo igualmente influenciada pelas estruturas organizacionais e pela disponibilidade de recursos que facilitam o seu acesso, a compreensão, a avaliação e a utilização adequada da informação e dos serviços de saúde. Este enquadramento, frequentemente designado como literacia organizacional em saúde, assume particular relevância no meio escolar, onde a articulação entre sistema educativo e serviços de saúde pode potenciar ambientes

promotores de saúde e capacitar crianças e jovens para decisões informadas e responsáveis (OMS, 2025).

Assim, investir na literacia em saúde em contexto escolar significa atuar precocemente na construção de competências que terão impacto ao longo do seu ciclo vital, contribuindo para a redução de desigualdades e para a promoção de uma cidadania mais consciente e participativa em matéria de saúde. A evidência demonstra que a literacia em saúde é um determinante fundamental da saúde. Mais do que saber ler informação ou seguir orientações médicas, a literacia em saúde implica capacidade crítica, interação eficaz com profissionais de saúde e serviços, bem como a participação ativa na promoção da saúde individual e coletiva. A sua melhoria exige acesso equitativo a educação de qualidade ao longo da vida e responsabilidade partilhada entre governos, serviços de saúde, setor educativo e sociedade civil, para garantir que esta população aceda à informação fiável, compreensível e aplicável, como preconiza a OMS (2025).

Por conseguinte, as intervenções realizadas ao longo do estágio foram orientadas no sentido de promover e reforçar a literacia em saúde, reconhecendo que níveis elevados de literacia permitem a toda a comunidade escolar assumir um papel ativo na gestão da sua própria saúde, participar em iniciativas comunitárias e reivindicar políticas promotoras de maior equidade. O desenvolvimento de atividades educativas, ações de capacitação e estratégias de sensibilização dirigidas a diferentes grupos populacionais contribuiu para a redução de desigualdades e para a construção de respostas mais centradas na pessoa. As intervenções permitiram fortalecer competências individuais e coletivas, com a finalidade de promover sistemas de saúde mais equitativos e orientados para ganhos efetivos em saúde.

Em consonância com as orientações da OMS (2025), as atividades desenvolvidas privilegiaram o reforço da literacia pessoal e a promoção de práticas organizacionais facilitadoras, através da melhoria da comunicação, da adaptação cultural e linguística da informação e da implementação de estratégias educativas em contexto escolar e comunitário, uma vez que cada vez mais as nossas escolas são heterogêneas em termos de diversidade cultural, em decorrência do fluxo migratório. O contínuo diagnóstico das necessidades identificadas permitiu ajustar as intervenções, contribuindo para resultados mais eficazes e sustentáveis em saúde.

As atividades inicialmente planeadas foram integralmente realizadas, embora algumas intervenções tenham sido adaptadas às necessidades identificadas na comunidade e às especificidades dos contextos de atuação. Entre estas, a vacinação em diferentes contextos constituiu uma das experiências mais marcantes. A participação na campanha

sazonal de gripe e COVID-19, desenvolvida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e dirigida a grupos vulneráveis, exigiu planeamento logístico, articulação com cuidados primários, monitorização de utentes e educação em saúde, evidenciando competências de coordenação de programas de saúde, intervenção baseada em evidência e comunicação com diferentes públicos.

De igual modo, a administração da vacina BCG e o acompanhamento de grupos de risco reforçaram a atenção às desigualdades na saúde e a prática de intervenção proactiva. Outro eixo central do estágio correspondeu à realização de vistorias e inspeções em ERPI, centros de dia e estabelecimentos de ensino, durante as quais a observação de condições de higiene, segurança alimentar, ventilação e manutenção das instalações permitiu compreender a influência dos determinantes ambientais na saúde e desenvolver competências de avaliação do estado de saúde da comunidade e planeamento de intervenções contextualizadas.

Assim sendo, neste contexto, a participação ativa em ações de vacinação evidenciou o papel determinante desta intervenção como um dos pilares fundamentais da proteção da saúde coletiva. Para além de conferir proteção individual contra as doenças infecciosas, a vacinação desempenha um papel determinante na salvaguarda da comunidade, ao promover a imunidade coletiva e ao proteger pessoas que, por motivos clínicos, não podem ser vacinadas, como recém-nascidos ou indivíduos com compromisso do sistema imunitário. A experiência neste âmbito permitiu compreender que a intervenção do enfermeiro vai além do ato técnico de administrar uma vacina, ou seja, assume uma dimensão comunitária e preventiva. Ao contribuir para a redução do risco de surtos e para o controlo de doenças evitáveis, reforça-se, indiscutivelmente, o compromisso com a saúde pública e com a proteção dos grupos mais vulneráveis. Importa ainda destacar que a vacinação tem impacto positivo na sustentabilidade do sistema de saúde, na medida em que a prevenção de doenças evita custos associados aos tratamentos, às hospitalizações e às complicações, resultando na redução da pressão sobre os recursos disponíveis.

Enquanto enfermeira e estudante de especialidade, foi igualmente possível reconhecer a relevância do rigor científico associado às vacinas, que são sujeitas a exigentes processos de avaliação quanto à segurança e eficácia antes de serem disponibilizadas à população, para garantir elevados padrões de qualidade. Assim, a intervenção na área da vacinação constituiu uma oportunidade de contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva, maximizar a prevenção, a equidade no acesso aos cuidados e o bem-estar da comunidade.

Estas experiências foram complementadas pela participação em auditorias internas e monitorização de Doenças de Notificação Obrigatória (DNO), incluindo casos de tuberculose, que reforçaram a importância da vigilância epidemiológica e da tomada de decisão fundamentada em evidência, consolidando competências de intervenção e monitorização de âmbito geodemográfico. A tuberculose é uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* que, embora disponha de terapêutica eficaz, continua a representar um importante problema de saúde pública, associando-se a elevada morbilidade e mortalidade. Apesar de poder atingir diversos órgãos, a sua forma mais comum é a pulmonar, sendo a transmissão predominantemente aérea, através da inalação de aerossóis contendo partículas infetadas (Al Abri *et al.*, 2020; *Centers for Disease Control Prevention*, 2020).

Nas últimas décadas, o reforço das estratégias de diagnóstico precoce e de tratamento adequado permitiu uma redução significativa do impacto global da doença, levando à sua saída do grupo das dez principais causas de morte em 2019. Ainda assim, estima-se que a incidência mundial ronde os dez milhões de casos anuais, valor que poderá estar subestimado, o que configura uma problemática persistente e frequentemente negligenciada. Importa ainda salientar que, ao contrário de outras doenças infecciosas, a tuberculose registou aumento enquanto doença profissional em determinados contextos. A OMS (2021) sustenta que os benefícios do rastreio e do tratamento da infeção latente superam os potenciais riscos, recomendando a sua implementação sempre que possível. Em consonância com estas orientações, a Direção-Geral da Saúde, na sua Orientação n.º 010/2014, de 25 de junho, estabelece que as instituições de saúde devem adotar medidas que assegurem a identificação precoce de casos de tuberculose ativa e de infeção latente, cabendo aos Serviços de Medicina do Trabalho, em articulação com as Comissões de Controlo de Infeção, a avaliação e gestão do risco de exposição ocupacional a este agente biológico. No plano estratégico internacional, o programa *The End TB Strategy* tem como meta a eliminação global da tuberculose até 2035, propondo como objetivos a redução de 80% na incidência e de 95% na mortalidade, bem como a garantia de acesso universal ao diagnóstico e tratamento (OMS, 2021).

Uma experiência particularmente significativa foi a criação e implementação do projeto “*Inverno Seguro na ERPI*”, que incluiu diagnóstico de situação, levantamento de riscos, sessão de educação para cuidadores formais e implementação de estratégias preventivas (Apêndice IV). Esta intervenção permitiu aplicar de forma prática a metodologia do Planeamento em Saúde, articular a avaliação, a intervenção e a monitorização de resultados, tendo consolidado competências de planeamento, de educação e de intervenção

estruturada junto de grupos vulneráveis. A apresentação do projeto em reunião de equipa, no âmbito da Unidade Local de Saúde, e a respetiva discussão estratégica reforçaram ainda mais a importância da integração intersectorial e evidenciaram o papel do enfermeiro enquanto agente de mudança na comunidade.

Foi igualmente gratificante a participação na Consulta do Viajante e nas Consultas Respiratórias de Comunidade (CRC) onde se pode verificar a significativa ação interventiva do enfermeiro na vigilância epidemiológica, rastreio de doenças transmissíveis e educação em saúde preventiva. A abordagem holística e personalizada aplicada aos viajantes permitiu avaliar riscos, atualizar vacinação, fornecer orientações preventivas e monitorizar casos suspeitos, consolidando competências de planeamento e intervenção baseada em evidência científica e reforçar o papel do enfermeiro como elo entre os serviços de saúde e a comunidade. A integração em reuniões de equipa, auditorias internas, monitorização da saúde ambiental e ocupacional, nomeadamente a qualidade da água e a vigilância de estabelecimentos, evidenciou a importância do trabalho colaborativo e da articulação multidisciplinar, contribuindo igualmente para o desenvolvimento de competências de coordenação, gestão de programas de saúde e avaliação de determinantes ambientais.

A Epidemiologia é o estudo científico da distribuição das doenças e dos seus determinantes nas populações, tendo como objetivo desenvolver métodos para controlar problemas de saúde e maximizar o bem-estar. Enquanto os epidemiologistas se dedicam sobretudo à análise de dados e à investigação, os enfermeiros assumem o papel de elo de ligação entre esse conhecimento científico e a prática em saúde comunitária (Beggs-Yeager *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021). Os enfermeiros de saúde pública estabelecem uma ligação essencial entre os dados epidemiológicos e a compreensão clínica de como a saúde e a doença se manifestam no quotidiano das pessoas (Beggs-Yeager *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2021). Ao refletirmos sobre surtos de doença, campanhas de vacinação ou rastreios realizados na comunidade, percebemos que, por detrás de cada uma destas iniciativas, estão enfermeiros a recolher dados, identificar padrões e implementar intervenções fundamentadas em princípios epidemiológicos. A sua posição privilegiada permite-lhes compreender simultaneamente a perspetiva global da saúde populacional e as experiências individuais de cada pessoa, tornando o seu contributo indispensável.

A vigilância epidemiológica de um diagnóstico de enfermagem é uma abordagem ancorada numa epidemiologia pós-moderna centrada nas respostas da pessoa aos processos de saúde-doença (Melo *et al.*, 2021).

Neste contexto, importa deixar registado que a compreensão das mudanças nos processos de saúde e doença enquanto momentos de transição constitui um dos pilares conceptuais da Enfermagem, conforme preconizado por Afaf Meleis na sua Teoria das Transições. Segundo a autora, as transições correspondem a processos dinâmicos que ocorrem ao longo do ciclo de vida e que envolvem alterações significativas no estado de saúde, nos papéis sociais, nas relações ou nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades (Meleis, 2015). Durante estes períodos, as pessoas encontram-se particularmente vulneráveis, podendo emergir riscos acrescidos que influenciam negativamente o seu bem-estar e a sua adaptação (Meleis *et al.*, 2000). A Teoria das Transições de Meleis estrutura-se em torno de diferentes tipos e padrões de transição (desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais), das propriedades da experiência de transição, das condições facilitadoras e inibidoras, bem como dos indicadores de processo e de resultado. Integra ainda o conceito de intervenções terapêuticas de enfermagem enquanto elemento fundamental para promover transições saudáveis (Meleis, 2015).

No âmbito da prática clínica em contexto comunitário e de saúde pública, o pressuposto deste referencial teórico constituiu um importante alicerce orientador da intervenção desenvolvida. A identificação de momentos de transição, como o diagnóstico de doenças crónicas, a adaptação a novos regimes terapêuticos ou a integração em respostas institucionais, entre outras, permitiu reconhecer situações de maior vulnerabilidade e planear intervenções ajustadas às necessidades específicas das pessoas, famílias e grupos. A aplicação deste referencial possibilitou avaliar não só os indicadores clínicos objetivos, mas também as vivências subjetivas associadas às transformações experienciadas, identificando fatores facilitadores e inibidores do processo adaptativo. Esta abordagem favoreceu a implementação de estratégias de capacitação, educação para a saúde e reforço do *empowerment*, promovendo transições mais seguras, conscientes e sustentadas.

Assim, a Teoria das Transições de Meleis constituiu um suporte concetual estruturante para a fundamentação das decisões clínicas, permitindo desenvolver uma prática reflexiva, centrada na pessoa e orientada para ganhos efetivos em saúde. O reconhecimento da transição como um fenómeno complexo, multidimensional e contínuo, permitiu consolidar uma intervenção mais sensível às necessidades emergentes, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista enquanto facilitador de processos adaptativos saudáveis na comunidade.

PARTE II: Componente de investigação

3. Estudo de Investigação - Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação

3.1. Enquadramento Teórico

A população mundial está a registar um rápido aumento da população idosa, tanto em termos de número como de proporção da população total. Ao mesmo tempo, a população mais jovem, em idade ativa, está em declínio. Em 1 de janeiro de 2023, a população da União Europeia estava estimada em 448,8 milhões de pessoas e mais de um quinto (21,3%) tinha 65 anos ou mais. As projeções sugerem que os idosos representarão quase um terço da população até 2050, com menos de dois indivíduos em idade ativa por cada idoso (Eurostat, 2025).

O envelhecimento da população na Europa até 2050 terá profundas implicações em vários setores, incluindo os cuidados de saúde, a segurança social, o mercado de trabalho e a economia. Esta mudança demográfica aumentará substancialmente o peso das doenças crónicas e das condições relacionadas com a idade, colocando uma pressão financeira substancial nos sistemas de saúde. Os sistemas de proteção social, incluindo as pensões e os serviços de cuidados prolongados, enfrentarão uma pressão crescente (Eurostat, 2025).

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento da esperança média de vida, resultante dos avanços tecnológicos na área da saúde e de melhores condições socioeconómicas. Este facto traduz-se num envelhecimento demográfico. Associado a este envelhecimento assiste-se a uma mudança epidemiológica, com um aumento da multimorbilidade e a emergência de patologias crónicas e neurodegenerativas (OMS, 2021).

Para além do envelhecimento, o aumento da esperança de vida representa um grande desafio para as sociedades atuais e para a sustentabilidade dos sistemas de segurança social tal como os conhecemos até agora, devido, entre outros fatores, à prevalência de doenças crónicas na população e ao vasto aumento do rácio idade-dependência (*Council of Europe*, 2023). Assim, a questão do envelhecimento ultrapassa o domínio biológico, assumindo uma dimensão económica, social e política, com implicações diretas nas políticas públicas e nas estratégias de promoção da saúde ao longo do ciclo de vida.

É hoje reconhecido que a função e a responsabilidade dos sistemas de saúde vão além da prestação de cuidados. Estes sistemas desempenham também um papel social

fundamental, oferecendo soluções de proteção social e financeira para reduzir os custos associados à doença e combater as desigualdades no acesso aos cuidados. Além disso, incluem a monitorização e avaliação do seu desempenho, utilizando indicadores-chave para assegurar a equidade no acesso e a eficiência dos serviços. Esta abordagem é particularmente relevante para pessoas ou grupos populacionais em situação de maior dependência ou vulnerabilidade, que necessitam de respostas coordenadas, integradas e contínuas de apoio social e de saúde (OMS, 2021; OCDE, 2021). Tal como referido no Public Finance Council's 2022, estima-se que cerca de 7% da população mundial tenha necessidades de cuidados de longa duração e que este valor seja de 19% na população com 65 ou mais anos, de acordo com o Relatório sobre o Envelhecimento de 2021 da Comissão Europeia, Projeções económicas e orçamentais para os Estados-Membros da União Europeia (2021).

Este cenário reforça a necessidade de fortalecer as redes de cuidados continuados e comunitários, com integração de respostas formais e informais que assegurem a qualidade e a continuidade assistencial.

Em Portugal, e particularmente no território onde o estudo foi desenvolvido, localizado na Região Centro, observa-se uma acentuada tendência de envelhecimento demográfico, com base nos dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024) e pela PORDATA (2024). De acordo com o documento “Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos”, o concelho correspondente ao território em estudo apresentava um índice de envelhecimento de 29,6 (Pordata, 2024). Por sua vez, o Portal da Transparência (2024) indica um índice de envelhecimento registado de 265,2%, indicando a existência de mais de 265 idosos por cada 100 jovens. Por sua vez, nos indicadores-síntese do INE (2024), surge um valor de 50,4% associado a este território, relativo a um dos rácios de envelhecimento ou dependência. Estes dados confirmam uma evolução demográfica marcada pelo envelhecimento da população do território em estudo, em linha com a tendência nacional verificada nas últimas décadas.

O envelhecimento resulta de múltiplos fatores como a genética, o meio ambiente, o contexto social e os estilos de vida (Fonseca & Medeiros, 2019). Trata-se de um processo que envolve transformações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, com impacto direto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa. Estudos indicam que cerca de 25% dos adultos com mais de 65 anos enfrentam limitações na independência funcional, o que

afeta a sua autonomia, reduz a qualidade de vida e impõe maior pressão sobre os sistemas de saúde, as famílias e os profissionais (Lee *et al.*, 2024).

Globalmente, a população idosa está em crescimento e estima-se que atinja os dois mil milhões em 2050, reforçando a importância da prevenção das limitações funcionais para um envelhecimento saudável. Essas limitações manifestam-se em diversas áreas: dificuldades nas atividades de vida diária (AVD), mobilidade, desempenho cognitivo e tarefas instrumentais. Prevê-se um aumento superior a 300% no número de idosos com este tipo de limitações até 2049, o que está associado a maiores riscos de quedas, declínio funcional e necessidade de cuidados intensivos ou permanentes (Lee *et al.*, 2024). A inversão da pirâmide etária, verificada em muitos países desenvolvidos, traduz-se num aumento da procura por cuidados de saúde, especialmente nos últimos anos de vida, exigindo reestruturações nos sistemas de saúde para uma resposta mais eficaz, segura e ajustada (OMS, 2020; OCDE, 2021).

A institucionalização, embora necessária em muitos casos, pode agravar situações de dependência, isolamento social e declínio funcional, sobretudo quando associada à inatividade ou sedentarismo e à ausência de estímulos significativos. Por outro lado, a presença de doenças crónicas, como a demência ou o acidente vascular cerebral (AVC), eleva ainda mais o risco de dependência e necessidade de cuidados de longa duração (Fonseca & Medeiros, 2019).

Os cuidados de longa duração, definidos pela Comissão Europeia (2023), abrangem um conjunto de serviços destinados a pessoas com incapacidade prolongada, que necessitam de apoio nas AVD ou de cuidados de enfermagem contínuos. Estes cuidados podem ocorrer em instituições como as ERPI, que oferecem alojamento temporário ou permanente a idosos com perda de autonomia e sem condições de permanência no domicílio (Direção-Geral da Segurança Social, 2022).

A qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas constitui um tema de grande interesse, uma vez que se trata de um grupo populacional em crescimento, frequentemente marcado por múltiplas doenças e problemas de saúde complexos que requerem apoio por parte de cuidadores formais. Neste contexto, os cuidados envolvem habitualmente múltiplas dimensões, incluindo aspetos médicos e de enfermagem, bem como componentes relacionados com os serviços sociais. Considerando esta complexidade, o modelo teórico de qualidade dos cuidados desenvolvido por Wilde *et al.* (1993) foi considerado um ponto de partida adequado. De acordo com este modelo, a qualidade dos cuidados pode ser compreendida através de quatro dimensões inter-relacionadas: a competência técnico-

médica dos cuidadores, as condições físico-técnicas da organização de cuidados, a orientação identitária presente nas atitudes e ações dos cuidadores e o ambiente sociocultural existente na organização de cuidados (Wilde *et al.*, 1993).

Este modelo pode ser entendido como uma extensão dos elementos fundamentais da qualidade dos cuidados propostos por Donabedian (1980), que incluem os cuidados técnicos, os cuidados interpessoais e as condições ambientais ou estruturais. Os cuidadores formais, como os auxiliares de ação direta, os enfermeiros, entre outros, são responsáveis por assegurar a prestação de cuidados de qualidade, em conformidade com a legislação e com os objetivos estabelecidos pela sociedade. No entanto, esta responsabilidade pode, por vezes, ser mais ou menos exequível. Quando os recursos disponíveis são limitados, os cuidadores formais podem sentir-se responsáveis por eventuais falhas na prestação de cuidados, mesmo não sendo diretamente responsáveis pela gestão ou distribuição desses recursos.

As ERPI representam uma resposta fundamental dos sistemas de saúde e dos serviços sociais ao número crescente de idosos afetados por défices funcionais graves. Por conseguinte, o aumento do envelhecimento, da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes e do índice de dependência em Portugal tem contribuído para o aumento do número de ERPI, sendo fundamental a capacitação dos cuidadores formais para cuidar dos utentes, visando a maximização da qualidade dos cuidados, personalizados e humanizados, e da qualidade de vida. Neste enquadramento, a sobrecarga dos cuidadores formais emerge como um fator relevante na decisão de encaminhamento hospitalar. Muitas vezes, associada à escassez de pessoal, ao aumento da complexidade clínica dos residentes e à ausência de formação específica, esta sobrecarga pode contribuir, direta ou indiretamente, para decisões que poderiam ser evitadas com maior suporte e intervenção atempada. Pressionados pelas exigências do quotidiano e pela responsabilidade dos cuidados, os cuidadores formais optam frequentemente pelo encaminhamento hospitalar como estratégia de proteção, sobretudo na ausência de protocolos clínicos claros ou de apoio médico imediato (Marincowitz *et al.*, 2022).

As transferências de residentes de ERPI para o Serviço de Urgência (SU) constituem, em determinadas situações, uma resposta essencial para a prestação de cuidados agudos. Todavia, nem todas as transferências são consideradas clinicamente apropriadas. Uma revisão sistemática internacional sobre as transferências de residentes de ERPI para os serviços de urgência indica que até 55% dessas transferências podem ser consideradas evitáveis, o que significa que os cuidados clínicos poderiam ter sido prestados

na própria instituição, sendo essa solução frequentemente preferível ao recurso a cuidados hospitalares agudos (Cain *et al.*, 2022).

Os autores suprarreferenciados salientam que uma transferência pode igualmente ser considerada evitável ou prevenível quando condições organizacionais ou assistenciais sub-ótimas na instituição contribuem para o agravamento do estado clínico do residente que motivou a necessidade de observação hospitalar (Cain *et al.*, 2022). Revisões internacionais (Dwyer *et al.*, 2015; Santosaputri *et al.*, 2019) indicam ainda que algumas transferências para o SU não se traduzem em melhoria da qualidade de vida nem em aumento da esperança de vida, podendo mesmo ter efeitos adversos para os residentes de ERPI.

A deslocação ao SU pode representar um encargo significativo para a pessoa idosa institucionalizada, expondo-a a intervenções invasivas e aumenta o risco de *delirium*, Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e outros eventos adversos relacionados com o internamento hospitalar (Dwyer *et al.*, 2015; Santosaputri *et al.*, 2019). Acresce que o tempo despendido no Serviço de Urgência pode interromper a continuidade dos cuidados habitualmente prestados na instituição, incluindo cuidados paliativos e intervenções centradas na pessoa (Dwyer *et al.*, 2015; Santosaputri *et al.*, 2019). Os mesmos estudos realçam que as taxas de transferências de emergência variam entre diferentes ERPI, o que sugere a existência de fatores de risco modificáveis associados quer às características dos residentes quer à organização e qualidade dos cuidados prestados nas instituições (Dwyer *et al.*, 2015; Santosaputri *et al.*, 2019).

Na sequência do denominado *Oakden Report* e de uma investigação jornalística de âmbito nacional que expôs situações de cuidados inadequados no setor australiano de cuidados a idosos, foi instituída em 2018 uma comissão pública de inquérito, *Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*, com o objetivo de analisar a qualidade dos serviços de cuidados prestados à população idosa, a prevalência de práticas inadequadas ou abusivas, as causas de eventuais falhas sistémicas no setor e as medidas necessárias para a sua correção (Cain *et al.*, 2022). No que respeita às transferências para os SU, a comissão, no relatório final, recomendou o reforço da comunicação entre as ERPI e os hospitais, a implementação de sistemas digitais de gestão da informação clínica e o desenvolvimento de equipas multidisciplinares de apoio comunitário, coordenadas pelos hospitais locais, com vista a reduzir transferências evitáveis e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas (Cain *et al.*, 2022).

É de referir que alguma evidência sustenta a existência de uma relação entre a sobrecarga dos cuidadores e o aumento do encaminhamento de idosos residentes em ERPI

para os serviços hospitalares. Estudos de Germain *et al.* (2024, 2025) demonstraram uma associação direta entre níveis elevados de sobrecarga e maior frequência de visitas ao Serviço de Urgência, readmissões hospitalares e transferências hospitalares potencialmente evitáveis em pessoas idosas. Revisões sistemáticas realizadas por Lemoyne *et al.* (2019) e Marincowitz *et al.* (2022) confirmam que fatores como a exaustão profissional, a insegurança clínica e a pressão institucional constituem determinantes relevantes nas decisões de encaminhamento, independentemente da gravidade clínica do residente.

Estes resultados reforçam a pertinência de investigar, no contexto português, de que modo a sobrecarga dos cuidadores formais pode influenciar o encaminhamento hospitalar, particularmente nas ERPI, onde as decisões são frequentemente condicionadas por fatores organizacionais. Evidenciam a importância da existência de diretivas antecipadas de vontade e de planos de cuidados individualizados que, quando implementados, contribuem para a redução de transferências desnecessárias de pessoas idosas para o SU, promovendo cuidados centrados na pessoa, o respeito pelas suas preferências e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Neste enquadramento, torna-se fundamental dispor de instrumentos válidos e fiáveis que permitam avaliar a perceção de sobrecarga dos cuidadores. A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Zarit Burden Interview [ZBI]*), originalmente desenvolvida por Zarit *et al.* (1980), constitui um dos instrumentos de referência internacional para avaliar a perceção subjetiva de sobrecarga em cuidadores de pessoas dependentes. A versão portuguesa foi traduzida e validada por Sequeira (2010), apresentando propriedades psicométricas robustas e elevada consistência interna ($\alpha=0,93$), o que sustenta a sua utilização em estudos no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e da Saúde Pública. Embora a validação realizada por Sequeira (2010) tenha incidido sobre cuidadores informais, a literatura tem evidenciado a pertinência da sua aplicação também a cuidadores formais em contextos institucionais, atendendo à semelhança das exigências emocionais, físicas e organizacionais associadas ao exercício do cuidado. Em Portugal, estudos desenvolvidos por Gregório (2015) e Costa (2017) recorreram à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), correspondente à versão portuguesa da ZBI, aplicada a cuidadores formais em ERPI, evidenciando níveis significativos de sobrecarga e associações com sintomas de *burnout*, exaustão emocional e perceções de insatisfação profissional. Estes resultados sustentam a adequação da utilização da ZBI em contextos laborais formais, sem necessidade de alterações aos itens originais, preservando a validade conceptual da escala.

Acresce ainda referir que a sobrecarga dos cuidadores formais não se limita às dimensões individuais ou institucionais, constitui-se igualmente um determinante relevante da saúde comunitária. O desgaste físico e emocional destes profissionais repercute-se na qualidade e continuidade dos cuidados prestados, na segurança dos residentes e no uso eficiente dos recursos em saúde. A identificação precoce e a gestão integrada desta sobrecarga enquadram-se nas estratégias da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, nomeadamente na vigilância em saúde, capacitação de cuidadores e promoção de ambientes de trabalho saudáveis. Para o contexto português, onde o envelhecimento e a institucionalização também têm vindo a aumentar, estes dados sugerem a necessidade urgente de reforçar a formação dos cuidadores formais, garantir melhores condições de trabalho e implementar estratégias que evitem a medicalização excessiva e a dependência dos serviços hospitalares (Marincowitz *et al.*, 2022).

Estudos nacionais confirmam a relevância deste fenómeno, nomeadamente a prestação de cuidados a idosos exige uma elevada dedicação e pode acarretar desgaste emocional e físico nos cuidadores formais. De acordo com Calha e Chambel (2016), embora haja trabalhos sobre cuidadores informais (familiares), são menos frequentes estudos focados nos cuidadores formais que atuam em instituições. Neste sentido, os mesmos autores investigaram o nível de sobrecarga em cuidadores formais que atuam em ERPI e identificaram associações entre essa sobrecarga e as variáveis sociodemográficas, bem como com as características do trabalho. Os cuidadores avaliados apresentaram um nível relativamente elevado de sobrecarga percebida; a média geral situou-se em 2,31 (numa escala de 0 a 4); as mulheres tiveram média de 2,34 *versus* 2,15 para os homens. A diferença, porém, não atingiu significância estatística, não se verificando também correlação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e a idade do cuidador, nem com o número de filhos. Este padrão aponta para a necessidade de investigar fatores mais específicos do contexto de trabalho, como a carga horária, as tarefas exigidas, o suporte institucional e os turnos, como mediadores da sobrecarga (Calha & Chambel, 2016).

De acordo com Costa (2017), os cuidadores formais, na sua amostra, tenderam a apresentar níveis ligeiros de sobrecarga, com 27% a não manifestarem qualquer sinal de sobrecarga. Entre os fatores que contribuíram para essa perceção destacaram-se os desafios diários inerentes ao cuidado, bem como medos e inseguranças associados à prática profissional. Todavia, Tessarolo *et al.* (2024) destacam que a sobrecarga do cuidador acarreta desconforto emocional, diminuição da qualidade do sono e sentimentos de tensão e fadiga. Por conseguinte, os mesmos autores reforçam a necessidade de avaliar e minimizar a sobrecarga para preservar a capacidade do cuidador de prestar assistência à pessoa

idosa em ERPI, uma vez que esta pode aumentar o risco de perturbações psiquiátricas e comprometer a sua capacidade de lidar com o idoso.

A temática da sobrecarga dos cuidadores formais em ERPI e a sua possível relação com o encaminhamento de residentes ao SU permanece, tanto a nível internacional como nacional, pouco explorada na literatura científica. Apesar do crescente envelhecimento da população e da complexidade dos cuidados exigidos em contexto institucional, os estudos nacionais que abordam de forma integrada estas duas dimensões, a sobrecarga dos cuidadores formais e as decisões clínicas associadas ao encaminhamento hospitalar, são escassos. A necessidade de evidência científica revela a importância de desenvolver uma investigação que permita compreender se a sobrecarga física e emocional dos cuidadores formais poderá influenciar a frequência com que os residentes de ERPI são encaminhados para o SU, muitas vezes em situações que poderiam ser evitadas com recursos adequados e apoio estruturado no âmbito da gestão de cuidados e da prática de enfermagem comunitária.

O presente estudo, centrado nas ERPI do concelho em estudo, localizado na Região Centro de Portugal, pretende contribuir para colmatar essa ausência de dados, oferecendo uma perspetiva local com potencial para gerar reflexões aplicáveis a nível nacional. E ainda, a possibilidade de compreender a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao SU contribuindo para uma melhor compreensão dos processos de tomada de decisão e, conseqüentemente, propor estratégias que melhorem a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência dos serviços de saúde e o bem-estar dos cuidadores formais e das pessoas idosas.

Este estudo vai ao encontro dos princípios do Plano Nacional de Saúde 2030 (Ministério da Saúde, 2021), que preconiza o reforço da literacia em saúde, a capacitação dos profissionais e a otimização dos cuidados de longa duração. Contribui igualmente para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3 e 10) - Saúde e Bem-Estar e Redução das Desigualdades, ao propor estratégias que visam melhorar a equidade no acesso e a qualidade dos cuidados às pessoas idosas institucionalizadas.

As teorias de enfermagem contribuem para que os enfermeiros compreendam melhor as necessidades das pessoas cuidadas, distinguir a enfermagem como uma disciplina autónoma em relação a outras ciências da saúde. Neste contexto, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (2001) assume particular relevância, uma vez que fornece

um enquadramento conceitual que orienta a prática de enfermagem na identificação das necessidades de cuidados e na definição das intervenções prioritárias em cada situação.

Segundo Orem (2001) o autocuidado pode ser entendido como um conjunto de comportamentos que as pessoas realizam de forma regular ao longo da vida com o objetivo de manter a saúde, o bem-estar e o funcionamento adequado do organismo. A autora enfatiza ainda a importância de preservar, sempre que possível, a autonomia das pessoas na realização das suas próprias atividades de autocuidado. A teoria proposta por Orem (2001) estrutura-se em três componentes principais: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado descreve as ações que os indivíduos desenvolvem para cuidar de si próprios e manter a saúde. A teoria do déficit de autocuidado explica as situações em que a pessoa não possui capacidade suficiente para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, tornando necessária a intervenção de profissionais de saúde. Por sua vez, a teoria dos sistemas de enfermagem define as formas de intervenção dos profissionais, ajustando o nível de apoio prestado de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa cuidada (Orem, 2001).

No contexto das ERPI, a teoria de Orem (2001) revela-se particularmente pertinente, uma vez que grande parte dos residentes apresenta limitações funcionais ou dependência na realização das atividades de vida diária. Perante estas situações, os cuidadores formais desempenham um papel essencial ao assegurar o apoio necessário em atividades como a higiene, a alimentação, a mobilidade e a administração de terapêutica. Todavia, a prestação contínua destes cuidados implica frequentemente exigências físicas e emocionais consideráveis para os cuidadores (Tessarolo *et al.*, 2024). A intensidade e a regularidade das tarefas associadas ao cuidar podem contribuir para o desenvolvimento de níveis elevados de sobrecarga física e psicológica. Neste sentido, torna-se primordial o papel dos enfermeiros, em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na capacitação e empoderamento dos cuidadores formais, promover competências que reforcem o seu próprio autocuidado. Tal abordagem assume especial relevância, uma vez que a promoção do bem-estar daqueles que prestam cuidados constitui uma condição *sine qua non* para a qualidade dos cuidados prestados, a reforçar o princípio categórico de que quem cuida também necessita de ser cuidado.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em ERPI de um concelho da Região Centro de Portugal. A finalidade prende-se com a necessidade de compreender de que

forma a sobrecarga, o bem-estar e a capacidade funcional dos cuidadores formais se relaciona com os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento, muitas vezes evitáveis, ao SU. Na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, esta análise reveste-se de particular importância, uma vez que permite identificar fatores de risco organizacionais e humanos que impactam a qualidade dos cuidados prestados e a utilização dos recursos de saúde. Assim, este estudo visa oferecer contributos científicos e clínicos para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam cuidados mais sustentáveis, humanizados e centrados na pessoa idosa.

3.2. Metodologia

3.2.1. Tipo de estudo

O presente estudo enquadra-se numa abordagem quantitativa, de natureza descritivo-correlacional e de corte transversal. A investigação quantitativa caracteriza-se pela recolha e análise de dados numéricos com o objetivo de examinar relações entre variáveis e produzir resultados que permitam uma compreensão objetiva dos fenómenos em estudo (Creswell & Creswell, 2023). Esta abordagem revela-se adequada à presente investigação, uma vez que se pretende medir a perceção de sobrecarga dos cuidadores formais através de um instrumento padronizado e analisar a relação entre essa sobrecarga e os fatores percecionados como determinantes no encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

O presente estudo apresenta igualmente um caráter descritivo, na medida em que procura caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais que exercem funções nas ERPI do concelho onde a investigação foi realizada, localizado na Região Centro de Portugal, bem como descrever os níveis de sobrecarga percebida por estes profissionais. De acordo com Creswell e Creswell (2023), os estudos descritivos permitem identificar e retratar as características de uma população ou fenómeno, contribuindo para uma compreensão sistematizada da realidade em análise.

Trata-se de um estudo correlacional, dado que pretende analisar a existência de relações entre variáveis, nomeadamente entre o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais e o encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência, bem

como entre as características sociodemográficas dos cuidadores, como a idade, o género e o nível de escolaridade, bem como os níveis de sobrecarga identificados. Neste tipo de investigação, o objetivo centra-se na identificação de associações entre as variáveis, sem procurar estabelecer relações de causalidade, mas antes compreender de que forma estas se relacionam entre si (Creswell & Creswell, 2023).

Por fim, o estudo assume uma natureza transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento temporal. Nos estudos transversais, o investigador avalia simultaneamente as variáveis de exposição e os resultados nos participantes selecionados, que são incluídos no estudo de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Ao contrário do que acontece em estudos caso-controlo, em que os participantes são selecionados com base no desfecho, ou em estudos de coorte, em que a seleção ocorre com base na exposição, nos estudos transversais a avaliação das variáveis ocorre em simultâneo após a inclusão dos participantes no estudo (Setia, 2016). Este desenho metodológico permite analisar a associação entre variáveis num determinado momento e, simultaneamente, descrever as características da população em estudo, possibilita ainda a estimativa da prevalência de determinados fenómenos na população analisada. No contexto desta investigação, este tipo de desenho permitiu avaliar, num único momento, o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais de ERPI e analisar a sua relação com os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes para o SU, bem como explorar associações entre a sobrecarga e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores.

Na investigação quantitativa, as questões de investigação procuram explorar as relações entre as variáveis em estudo e são normalmente formuladas no início do processo de investigação. Estas questões são específicas e encontram-se geralmente associadas à população em estudo, às variáveis dependentes e independentes e ao desenho da investigação (Barroga *et al.*, 2022). As questões de investigação podem também ter como objetivo descrever o comportamento de uma população em relação a uma ou mais variáveis ou caracterizar as variáveis a serem medidas, sendo neste caso designadas como questões descritivas (Barroga *et al.*, 2022). Podem ainda procurar identificar diferenças entre grupos relativamente a uma variável de resultado, sendo denominadas questões comparativas, ou explorar tendências e relações entre variáveis, designadas questões relacionais (Creswell & Creswell, 2023).

Tendo em consideração o problema em estudo, foi formulada a seguinte questão de investigação:

Questão de investigação geral:

- Qual é a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas de um concelho da Região Centro de Portugal?

No desenvolvimento de uma investigação científica, a definição clara dos objetivos constitui-se como uma etapa importante, pois orienta todo o processo de investigação, desde a recolha até à análise dos dados (Creswell & Creswell, 2023). Os objetivos possibilitam delimitar o foco do estudo e identificar as variáveis a analisar, contribuindo para uma compreensão estruturada do fenómeno em investigação. Por outras palavras, os objetivos devem estar estreitamente relacionados com a formulação do problema e sintetizar aquilo que se espera alcançar com o estudo (Setia, 2016). Neste sentido, foram definidos um objetivo geral e um conjunto de objetivos específicos, que procuram orientar a análise da sobrecarga dos cuidadores formais em ERPI e a sua possível relação com o encaminhamento de residentes para o SU de um concelho da Região Centro de Portugal:

Objetivo geral:

- Analisar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em ERPI de um concelho da Região Centro de Portugal.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais que exercem funções em ERPI de um concelho da Região Centro de Portugal.
- Avaliar o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais, utilizando a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Costa, 2017).
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores (idade, género, nível de escolaridade) e o nível de sobrecarga percebida.
- Verificar a associação entre as variáveis profissionais (tempo de exercício da função, carga horária semanal, tipo de horário, função desempenhada, tempo

na instituição, formação recebida e percepção de adequação da formação) e o nível de sobrecarga.

- Identificar os fatores preditores da sobrecarga do cuidador formal.
- Identificar os fatores percecionados pelos cuidadores formais como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência.
- Analisar a relação entre o nível de sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência.

3.2.2. População e amostra

A população-alvo deste estudo era constituída por cuidadores formais que desempenham funções em ERPI localizadas num concelho da Região Centro de Portugal. Numa fase inicial, foram contactadas, através de correio eletrónico institucional, as nove ERPI existentes neste concelho, com o objetivo de apresentar o estudo e solicitar a colaboração das instituições na sua realização. Das entidades contactadas, três manifestaram disponibilidade e aceitaram participar na investigação, passando a constituir as instituições incluídas na amostra.

No conjunto destas três ERPI exercem funções cerca de 73 cuidadores formais. A recolha de dados permitiu obter um total de 40 questionários válidos, correspondendo a uma taxa de resposta aproximada de 54,8% da população elegível.

A amostragem utilizada foi do tipo não probabilística, por conveniência, integrando os cuidadores formais que cumpriam os critérios de inclusão definidos para o estudo e que se encontravam disponíveis para participar. A seleção dos participantes teve como objetivo assegurar a adequação da informação recolhida face aos objetivos da investigação. Para a constituição da amostra foram definidos critérios de inclusão e exclusão, designadamente:

Crítérios de Inclusão

- Cuidadores formais que exerçam funções diretamente com pessoas idosas em ERPI localizadas no concelho da Região Centro de Portugal.
- Profissionais com um mínimo de seis meses de experiência na atual instituição.

- Disponibilidade para participar voluntariamente no estudo.
- Consentir a participação no estudo através de assinatura do consentimento informado.

Critérios de Exclusão

- Profissionais que se encontrem em período de estágio ou voluntariado, sem vínculo contratual com a instituição.
- Cuidadores formais em período de licença (por doença, maternidade ou outras).
- Participantes que, no momento da recolha de dados, apresentem dificuldades emocionais que comprometam a compreensão do estudo ou a resposta ao questionário.

3.2.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário estruturado, organizado em quatro secções, com o objetivo de recolher informação relevante e alinhada com os objetivos da investigação. O questionário integra várias dimensões que permitem caracterizar os participantes, avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores formais e analisar os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes para o SU. (Apêndice V).

A primeira e segunda secção correspondem à caracterização sociodemográfica, profissional e formativa dos cuidadores formais. Estas partes do questionário foram elaboradas com base no instrumento desenvolvido por Figueiredo (2021) no âmbito do estudo intitulado *“Cuidadores Formais em Tempo de Pandemia Covid-19: do Fundamento à Ação do Enfermeiro”* (2021). Estas secções encontram-se alinhadas com os objetivos específicos do estudo, permitindo caracterizar os participantes e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os níveis de sobrecarga percebida, bem como apoiar a análise dos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência (Apêndice V).

O questionário inclui variáveis como género, idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, função ou cargo desempenhado, tempo de exercício da atividade profissional, tempo de trabalho na instituição atual, tipo de horário de trabalho, número de

horas semanais, formação específica na área dos cuidados a pessoas idosas, tempo decorrido desde a última formação, áreas de formação frequentadas e a percepção de adequação da formação para o desempenho das funções. Embora estas secções não avaliem diretamente as idas ao SU, os dados recolhidos permitem explorar a relação entre o perfil dos cuidadores formais, os níveis de sobrecarga percebida e os fatores percecionados como determinantes desse encaminhamento, integrando-se na análise global do estudo.

A terceira secção pretende avaliar a sobrecarga do cuidador formal com recurso à escala de Zarit Burden Interview (ZBI), na versão portuguesa traduzida e validada por Sequeira (2010). Embora esta versão tenha sido inicialmente desenvolvida para cuidadores informais, a sua aplicação em cuidadores formais encontra suporte empírico em estudos nacionais, nomeadamente os de Gregório (2015) e Costa (2017), que demonstraram a sua pertinência conceptual e sensibilidade neste grupo profissional.

Utilizou-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) de autopreenchimento, versão adaptada à realidade do cuidador formal (Gregório, 2015; Rodrigues, 2015, citados por Costa, 2017) e aplicada por Costa (2017) no estudo intitulado *“Cuidadores formais de idosos: burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde”*. A análise dos coeficientes alfa de Cronbach realizada nesse estudo demonstrou que o instrumento apresenta elevada consistência interna, com um valor total de alfa de Cronbach de 0,888.

A ESC foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a sobrecarga percebida pelos cuidadores formais no desempenho das suas funções. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento constituído por 22 itens, distribuídos por quatro fatores que avaliam diferentes dimensões da experiência de cuidar. O primeiro fator corresponde à percepção de autoeficácia, composta por cinco itens que avaliam o grau de confiança e competência percebida pelo cuidador na prestação de cuidados. O segundo fator diz respeito ao impacto da prestação de cuidados, constituído por doze itens que avaliam o impacto físico, emocional, social e profissional associado à atividade de cuidar. O terceiro fator corresponde à relação interpessoal, composta por cinco itens que permitem avaliar possíveis dificuldades relacionais e emocionais na interação com a pessoa cuidada. Por fim, o fator expectativas face ao cuidar integra quatro itens que refletem as crenças e expectativas do cuidador relativamente ao seu papel e ao reconhecimento do seu esforço (Costa, 2017).

A pontuação total obtida na Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) permitiu classificar os participantes em três níveis de sobrecarga percecionada: ausência de sobrecarga (≤ 21 pontos), sobrecarga ligeira (22-40 pontos) e sobrecarga moderada/intensa (> 40 pontos).

A quarta e última secção do questionário inclui o *Questionário de Fatores Determinantes do Encaminhamento ao Serviço de Urgência* (QFESU), desenvolvido especificamente para este estudo, com base na revisão da literatura e nos objetivos da investigação. Pretende recolher informação sobre a experiência e as perceções dos cuidadores formais relativamente ao encaminhamento de residentes para o SU. Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por perguntas de resposta única e por itens avaliados através de escala de tipo Likert. Este instrumento foi elaborado *ad hoc* e tem como finalidade identificar a frequência, os motivos e os fatores contextuais que influenciam a decisão de encaminhar um residente ao Serviço de Urgência, permitindo a recolha de dados quantitativos e a realização de análises descritivas das tendências de resposta. O questionário encontra-se estruturado em cinco partes principais. A primeira parte diz respeito à experiência com o encaminhamento ao SU, permitindo identificar o tipo de envolvimento do participante em encaminhamentos de residentes nos últimos doze meses. A segunda parte avalia a frequência de envolvimento do cuidador formal nessas situações no mesmo período temporal. A terceira parte analisa a perceção de preparação do cuidador para lidar com situações clínicas que possam exigir o encaminhamento de um residente ao SU. A quarta parte aborda os motivos que podem influenciar o encaminhamento, incluindo um conjunto de itens avaliados numa escala de Likert de cinco pontos, que variam entre “quase nunca” e “quase sempre”. Estes itens exploram fatores organizacionais, emocionais e clínicos que podem contribuir para a decisão de encaminhar o residente. A quinta parte avalia fatores de apoio que poderiam evitar o encaminhamento, analisando a perceção dos participantes relativamente ao impacto potencial de diferentes medidas de suporte, como o aumento de recursos humanos, a supervisão clínica, a formação ou a existência de protocolos internos de atuação. A estrutura do QFESU permite uma análise integrada das dimensões individuais, organizacionais e contextuais associadas a fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, constituindo uma ferramenta útil para compreender e melhorar os processos de decisão em contextos institucionais de prestação de cuidados.

Este questionário foi aplicado em formato papel e preenchido pelo próprio participante, com a garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, sendo solicitado aos participantes que respondessem com base na sua experiência e/ou perceção profissional.

3.2.4. Procedimentos de colheita de dados

Os questionários foram administrados em formato papel nas três ERPI do concelho de em estudo, localizado na Região Centro de Portugal, que aceitaram colaborar no estudo. Antes do preenchimento, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais benefícios e riscos, bem como sobre os seus direitos enquanto participantes. A participação apenas ocorreu após a leitura e assinatura do consentimento informado (Apêndice VI). Foram disponibilizadas duas vias do documento: uma foi depositada pelo participante num envelope selado e separado do questionário, garantindo a impossibilidade de associação direta entre ambos; a outra foi entregue ao participante para sua referência pessoal.

Cada instrumento foi entregue aos participantes dentro de um envelope fechado, de modo a salvaguardar o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os questionários e os respetivos consentimentos informados foram colocados pelos participantes em envelopes individuais selados e posteriormente depositados numa caixa disponibilizada para o efeito na instituição. A recolha desta caixa foi realizada exclusivamente pela investigadora responsável, não havendo qualquer intervenção de elementos da direção ou de outros níveis hierárquicos das instituições participantes.

O processo de recolha decorreu cerca de 40 dias após o início da distribuição dos questionários. No final do processo de recolha de dados, foram obtidos 40 questionários válidos, os quais constituíram a base para a análise do estudo.

Os documentos em formato papel foram armazenados em condições que asseguraram a sua confidencialidade, com acesso restrito à investigadora responsável. Numa fase inicial, permaneceram numa caixa fechada e lacrada na sua residência, tendo posteriormente sido transferidos para um armário fechado, igualmente de acesso exclusivo. Após a validação dos dados, todos os questionários e consentimentos informados em suporte papel foram destruídos de forma irreversível, através de trituração mecânica de corte cruzado ou incineração, garantindo a impossibilidade de identificação dos participantes.

Importa ainda referir que os dados recolhidos durante o pré-teste foram utilizados exclusivamente para avaliar a clareza e adequação do instrumento de recolha de dados, não tendo sido incluídos na análise final do estudo. Após essa fase, esses dados foram devidamente eliminados.

3.2.5. Procedimentos Éticos

A realização do presente estudo foi previamente submetida à apreciação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, tendo obtido parecer ético favorável (Parecer n.º 51/SUB/2025), aprovado em 27 de novembro de 2025 (Anexo I). A investigação foi conduzida em conformidade com os princípios da Declaração de Helsínquia e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), assegurando todos os procedimentos éticos inerentes à participação de seres humanos. Durante todo o processo, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos participantes, sendo o dever de sigilo profissional assumido pela investigadora responsável. A participação foi voluntária, autónoma e sem qualquer supervisão ou interferência de superiores hierárquicos, assegurando a liberdade de decisão dos participantes e prevenindo qualquer forma de coerção institucional.

A primeira e segunda secção do questionário, relativas à caracterização sociodemográfica, profissional e formativa dos cuidadores formais, basearam-se integralmente no instrumento desenvolvido por Figueiredo (2021). O seu uso foi autorizado formalmente pela autora para fins académicos, em 2 de outubro de 2025 (Anexo II).

Para a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) adaptada, contemplada na terceira secção, foi inicialmente solicitado pedido de autorização ao autor da versão original, Sequeira (2010) e à autora da versão adaptada, Costa (2017) e Gregório (2015). Concedidas autorizações em outubro de 2025 através de correio eletrónico (Anexo II).

O questionário incluiu ainda um instrumento específico desenvolvido para o estudo intitulado *Questionário de Fatores Determinantes do Encaminhamento ao Serviço de Urgência (QFESU)*, que se encontra na quarta e última secção, estruturado em cinco partes, destinado a recolher informações sobre a experiência e perceções dos cuidadores formais em relação ao encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência. Foi realizado um pré-teste do questionário junto de dez cuidadores formais de ERPI, correspondendo a aproximadamente 13,7% da população elegível (N=73), com o objetivo de avaliar a clareza dos itens, a adequação das opções de resposta e a inteligibilidade global do instrumento. (Apêndice VII). Este procedimento permitiu verificar a compreensão das questões e a adequação da estrutura do questionário. A aplicação do pré-teste possibilitou ainda identificar eventuais ambiguidades linguísticas, avaliar a sequência das perguntas e confirmar a coerência lógica do instrumento. Porém, os resultados obtidos indicaram que o questionário era claro e compreensível, não tendo sido necessárias alterações aos itens ou

à sua organização. Assim sendo, o pré-teste contribuiu para reforçar a clareza, a compreensibilidade e a aplicabilidade do instrumento, assegurando que as respostas recolhidas refletem de forma rigorosa as perceções e experiências dos cuidadores formais e garantem assim, a robustez metodológica do estudo, em conformidade com as boas práticas de investigação em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Todos os dados digitais resultantes da recolha foram utilizados exclusivamente para fins científicos e armazenados em dispositivo externo seguro, com acesso restrito à investigadora responsável. Foram realizadas cópias de segurança periódicas e mantidas medidas de proteção informática, incluindo sistemas antivírus atualizados e verificação regular das cópias de segurança. Nenhuma informação que permita identificar os participantes foi incluída nas bases de dados ou nas publicações resultantes do estudo. Os dados serão conservados apenas durante o período necessário para a análise e divulgação dos resultados, sendo eliminados após a realização da prova pública de defesa do estudo. Durante todo o processo de investigação foi assegurado o respeito pelos princípios de autonomia, dignidade e autodeterminação dos participantes. A participação no estudo não implicou qualquer tipo de compensação ou benefício direto, nem qualquer penalização associada à recusa ou desistência. Os participantes mantiveram sempre o direito de retirar o seu consentimento e abandonar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer justificação e sem consequências pessoais ou profissionais.

3.2.6. Tratamento e análise dos dados

O tratamento e análise dos dados obtidos foi realizado com recurso ao *software IBM® SPSS Statistics*, versão 29.0 para *Windows*. Numa primeira fase, procedeu-se à análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever as variáveis em estudo, com recurso ao cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central, nomeadamente, a média (M), e medidas de dispersão, como o desvio-padrão (Dp). Seguiu-se a análise estatística inferencial com a finalidade de explorar possíveis diferenças e relações entre as variáveis analisadas. A análise do teste de normalidade de Shapiro-Wilk evidencia que as distribuições das dimensões da variável dependente se afastam da normalidade, apresentando valores de significância estatística inferiores a 0,05 em todos os casos ($p < 0,001$). Face a estes pressupostos, optou-se pela utilização de métodos estatísticos não paramétricos, uma vez que não se encontram reunidas as condições necessárias para a aplicação de testes paramétricos, seguindo-se as orientações de Marôco (2020). Face a estes pressupostos, recorreu-se à utilização de testes

estatísticos não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman, adequados à natureza dos dados e à violação do pressuposto de normalidade.

Realizaram-se ainda regressões lineares múltiplas, que constituem uma técnica estatística inferencial utilizada para avaliar o efeito simultâneo de várias variáveis independentes sobre uma variável dependente contínua (Marôco, 2020). Este método permite estimar o contributo específico de cada preditor, controlando o efeito das restantes variáveis incluídas no modelo (Marôco, 2020). Para cada regressão foram analisados os coeficientes de determinação (R^2 e R^2 ajustado), de forma a avaliar a proporção da variabilidade explicada pelo modelo, bem como os coeficientes de regressão estandardizados (β), os valores de t e os níveis de significância estatística (p). Foi realizada análise de variância (ANOVA) para testar a significância global dos modelos de regressão (Marôco, 2020).

O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,005$, com um intervalo de confiança de 95%, assegurando maior rigor na identificação de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados (Pestana & Gageiro, 2020).

3.4. Resultados

Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que os participantes apresentam uma idade média de 51,88 anos ($Dp=10,13$), variando entre os 25-63 anos. Os participantes do género masculino apresentam uma idade média superior ($M=57,00$; $Dp=5,61$) quando comparados com os do género feminino ($M=51,14$; $Dp=10,48$).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade dos cuidadores formais em função do género.

Género		n	Min.	Max.	Média	Dp
	Masculino	5	48	63	57,00	5,61
	Feminino	35	25	63	51,14	10,48
	Total	40	25	63	51,88	10,14

Legenda: n - número de participantes; Min. - valor mínimo; Max. - valor máximo; Dp - desvio-padrão

A caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais em função do género está patente na Tabela 2.

O perfil sociodemográfico indica que os cuidadores formais são na sua maioria do género feminino (87,5%), com uma idade superior a 55 anos (52,5%), de nacionalidade portuguesa (92,5%), com o estado civil de casado (50,0%) e possuem filhos (67,5%). Quanto ao nível de escolaridade são detentores do 3º ciclo do ensino básico (32,5%). Residem em meio rural (62,5%) e referem que demoram entre o local de residência e a instituição até 10 minutos (45,0%). Relativamente à distribuição por género, observa-se que os cuidadores do género masculino (80,0%) destacam-se os que possuem idade superior a 55 anos, enquanto nos cuidadores do género feminino prevalecem as que se encontram nas faixas etárias mais jovens (51,4% <55 anos vs. 20,0% masculino). Os homens residem maioritariamente em meio urbano (60,0%), enquanto as mulheres em meio rural (65,7%). Ao nível da escolaridade, os homens possuem, na sua maioria, o 3.º ciclo (60,0%), enquanto as mulheres apresentam uma distribuição mais heterogénea pelos diferentes níveis de ensino (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais em função do género.

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N (5)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Idade	≤55 anos	1	20,0	18	51,4	19	47,5
	>55 anos	4	80,0	17	48,6	21	52,5
Nacionalidade	Portuguesa	5	100,0	32	91,4	37	92,5
	Outra	-	0,0	3	8,6	3	7,5
Estado civil	Solteiro	-	0,0	4	11,4	4	10,0
	Casado	2	40,0	18	51,4	20	50,0
	Divorciado/Separado	1	20,0	3	8,6	4	10,0
	Viúvo	1	20,0	5	14,3	6	15,0
	União de facto	1	20,0	5	14,3	6	15,0
Tem filhos	Não	2	40,0	11	31,4	13	32,5
	Sim	3	60,0	24	68,6	27	67,5
Escolaridade	Saber ler e escrever	1	20,0	6	17,1	7	17,5
	1º ciclo	-	0,0	5	14,3	5	12,5
	2º ciclo	-	0,0	4	11,4	4	10,0
	3º ciclo	3	60,0	10	28,6	13	32,5
	Curso T-P	1	20,0	4	11,4	5	12,5
	Bacharelato/Licenciatura	-	0,0	6	17,1	6	15,0
Residência	Rural	2	40,0	23	65,7	25	62,5
	Urbano	3	60,0	12	34,3	15	37,5
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0

Verifica-se que a maioria dos cuidadores formais não apresenta doença ou incapacidade (85,0%), o que poderá indicar um perfil globalmente saudável, o que é análogo a ambos os géneros (homens 80,0% vs. mulheres 85,7%). Nos casos reportados, destacam-se as perturbações psicológicas (ansiedade e depressão), representando 50,0% dos casos identificados. Esta situação foi observada exclusivamente no género feminino, correspondendo a 60,0% das mulheres que referiram doença/incapacidade (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização do estado de saúde dos cuidadores formais.

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	nº	%	nº	%
		(5)	(12,5)	(35)	(87,5)	(40)	(100,0)
Presença de doença/incapacidade							
	Não	4	80,0	30	85,7	34	85,0
	Sim	1	20,0	5	14,3	6	15,0
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0
Tipo de doença/incapacidade							
Perturbações psicológicas (ansiedade e depressão)		-	-	3	60,0	3	50,0
Alterações sensoriais (visão)		1	100,0	1	20,0	2	33,3
Doença osteoarticular (artrite reumatóide)		-	-	1	20,0	1	16,7
Total		1	100,0	5	100,0	6	(100,0)

No que diz respeito ao tempo de deslocação entre a residência e a instituição, verificou-se que, na amostra total, a maioria dos participantes demora até 10 minutos (45,0%), seguindo-se aqueles que demoram até 30 minutos (30,0%) e os que referiram ser possível efetuar a deslocação a pé (25,0%). Numa análise por género, destaca-se que a maioria dos homens demora até 10 minutos (80,0%), valor superior ao observado nas mulheres (40,0%). Nas mulheres, observou-se ainda que 31,4% demoram até 30 minutos e 28,6% referiram ser possível deslocarem-se a pé até à instituição (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da acessibilidade residência-instituição dos cuidadores formais.

Variáveis	Género		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	nº	%	nº	%	nº	%
	(5)	(12,5)	(35)	(87,5)	(40)	(100,0)		
Tempo de deslocação residência-instituição								
Possível ir a pé	-	-	10	28,6	10	25,0		
Até 10 min.	4	80,0	14	40,0	18	45,0		
Até 30 min.	1	20,0	11	31,4	12	30,0		
Total	05	100,0	35	100,0	40	100,0		

Caracterização profissional e formação

A amostra é maioritariamente constituída por técnicos auxiliares de saúde (auxiliares de ação direta), representando 92,5% dos cuidadores formais. As funções desempenhadas são, na sua maioria, no contacto direto com os utentes, sobretudo ao nível dos cuidados de higiene, alimentação e mobilização, sendo também referidas tarefas de limpeza. Predomina o contrato de trabalho sem termo (55,0%) com experiência profissional de mais de 10 anos de serviço (45,0%). Sobressaem os cuidadores com 38 horas semanais (55,0%), seguidos dos que trabalham 37 horas (35,0%). O trabalho por turnos é uma realidade para a maioria dos participantes (75,0%).

A assiduidade apresenta valores elevados, com 90,0% dos cuidadores referem nunca ou raramente ter faltado no último ano. A maioria indica não pretender mudar de profissão (72,5%) nem exercer outra atividade profissional (82,5%). No que respeita à formação, observa-se um ligeiro predomínio de cuidadores formais que não frequentaram formação (52,5%), sendo igualmente referido por 52,5% que a instituição não disponibilizou formação.

Numa análise por género, verifica-se que o contrato sem termo é mais frequente no género feminino (57,1%) comparativamente ao masculino (40,0%). No que diz respeito à experiência profissional, destaca-se que os homens possuem mais de 10 anos de serviço (60,0%), enquanto nas mulheres este valor é de 42,9%. Quanto ao horário semanal, as 38 horas predominam no género feminino (57,1%), ao passo que no género masculino se destacam as 37 horas (60,0%). O trabalho por turnos é mais prevalente na amostra em estudo (feminino 77,1% vs. masculino 60,0%). Relativamente à assiduidade, destacam-se os cuidadores que referem nunca ou raramente ter faltado (masculino 100,0% vs. 88,6%

feminino). A maioria dos cuidadores, independentemente do género, não tem intenção de mudar de profissão (feminino 28,6% vs. 20,0% masculino). Destaca-se a não realização de outra atividade profissional, mais prevalente no género masculino (100,0% vs. 80,0% género feminino). No que respeita à formação, há ligeiro predomínio da não participação em ambos os géneros (masculino 60,0% vs. 51,4% feminino), sendo idênticos os valores relativos à disponibilização de formação pela instituição. (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização profissional e formação dos cuidadores formais em função do género.

Género		Masculino		Feminino		Total	
Variáveis		nº (05)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Tipo de contrato	CTTC	2	40,0	12	34,3	14	35,0
	CTs/T	2	40,0	20	57,1	22	55,0
	CTTI	1	20,0	3	8,6	4	10,0
Anos de serviço	1 a 5 anos	2	40,0	9	25,7	11	27,5
	5 a 10 anos	-	0,0	11	31,4	11	27,5
	Mais de 10 anos	3	60,0	15	42,9	18	45,0
Horas semanais	37h	3	60,0	11	31,4	14	35,0
	38h	2	40,0	20	57,1	22	55,0
	40h	-	0,0	4	11,4	4	10,0
Turnos	Não	2	40,0	8	22,9	10	25,0
	Sim	3	60,0	27	77,1	30	75,0
Faltou último ano	Nunca/raramente	5	100,0	31	88,6	36	90,0
	Às vezes	-	0,0	4	11,4	4	10,0
Mudaria de profissão	Não	4	80,0	25	71,4	29	72,5
	Sim	1	20,0	10	28,6	11	27,5
Tem outra atividade	Não	5	100,0	28	80,0	33	82,5
	Sim	-	0,0	7	20,0	7	17,5
Realizou formação	Não	3	60,0	18	51,4	21	52,5
	Sim	2	40,0	17	48,6	19	47,5
Instituição disponibiliza formação	Não	3	60,0	18	51,4	21	52,5
	Sim	2	40,0	17	48,6	19	47,5
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0

Legenda: CTTC – Contrato de Trabalho a Termo Certo; CTs/T – Contrato sem Termo; CTTI – Contrato de Trabalho a Termo Incerto.

Áreas de formação dos cuidadores formais

Destacam-se como principais áreas de formação dos cuidadores formais as “Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho” (82,5%), a “Higienização e conforto” (62,5%) e as “Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência” (55,0%). Outras áreas apresentam menor expressão, como “Primeiros socorros” (47,5%) e “Cuidados humanos básicos” (37,5%), sendo residual a formação em domínios como “Processo de envelhecimento”, “Saúde mental” e “Prevenção de risco e acidentes” (10,0%). Relativamente às necessidades formativas, sobressaem as áreas relacionadas com a gestão de situações críticas e emocionais, nomeadamente “Primeiros socorros”, “Prevenção de úlceras de pressão”, “Prevenção de risco e acidentes” e “Gestão emocional” (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Áreas de formação que os cuidadores formais possuem.

Áreas de formação	Frequência	
	nº (40)	% (100.0)
Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho	33	82,5
Higienização e conforto	25	62,5
Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência	22	55,0
Primeiros socorros	19	47,5
Cuidados humanos básicos	15	37,5
Prevenção de úlceras de pressão	8	20,0
Nutrição e hidratação	8	20,0
Processo de envelhecimento	4	10,0
Cuidados específicos de saúde	4	10,0
Prevenção de risco e acidentes	4	10,0
Saúde mental	4	10,0
Morte	3	7,5

Perceção dos cuidadores formais sobre a adequação da formação

A maioria dos cuidadores formais considera a formação adequada (70,0%) e refere existir troca de ideias e experiências (72,5%). Mais de metade indica ainda ter o hábito de ler ou pesquisar (52,5%). Todavia, 55,0% têm a perceção de que a formação não é suficiente, sobretudo por parte das mulheres (57,1%). A procura ativa de formação é reduzida, com 75,0% dos participantes a referirem não o fazer. Numa análise por género, constata-se que em ambos os géneros prevalecem os cuidadores que admitem que a formação é adequada (masculino 80,0% vs. feminino 68,6%). Apura-se que predomina a

perceção de que a formação é suficiente (masculino 60,0% vs. 42,9% feminino). As cuidadoras formais referem maior procura de formação (28,6%), sendo de salientar que a totalidade dos homens refere não procurar formação (100,0%). Quanto ao hábito de ler ou pesquisar informação, um pouco de mais de metade das cuidadoras formais (54,3%) diz ter esse hábito, bem como 40,0% dos cuidadores do género masculino. A troca de ideias e experiências é também muito frequente em ambos os géneros (masculino 60,0% vs. feminino 74,3%) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Opinião sobre a adequação da formação em função do género.

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		nº (05)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Formação é adequada	Não	1	20,0%	11	31,4%	12	30,0%
	Sim	4	80,0%	24	68,6%	28	70,0%
Formação é suficiente	Não	2	40,0%	20	57,1%	22	55,0%
	Sim	3	60,0%	15	42,9%	18	45,0%
Procura formação	Não	5	100,0%	25	71,4%	30	75,0%
	Sim	-	0,0%	10	28,6%	10	25,0%
Costuma ler/pesquisar	Não	3	60,0%	16	45,7%	19	47,5%
	Sim	2	40,0%	19	54,3%	21	52,5%
Troca ideias/experiências	Não	2	40,0%	9	25,7%	11	27,5%
	Sim	3	60,0%	26	74,3%	29	72,5%
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0

Sobrecarga do cuidador formal

Os resultados evidenciam níveis elevados de sobrecarga nos participantes, com pontuações a variarem entre 42 e 78 pontos, correspondendo a um valor médio de 63,30 (Dp=12,43). Este valor indica uma tendência global para níveis elevados de sobrecarga. Ao nível das subescalas, destaca-se o impacto da prestação de cuidados, que apresenta a média mais elevada (M=34,60; Dp=6,54), seguido da relação interpessoal (M=14,75; Dp=2,91) e das expectativas face ao cuidar (M=11,18; Dp=2,73). A perceção de autoeficácia

apresenta valores mais reduzidos ($M=2,78$; $Dp=1,19$). A classificação da sobrecarga confirma esta tendência, com clara predominância de sobrecarga intensa (75,0%). Apenas 17,5% dos participantes não apresentam sobrecarga, sendo residual a presença de sobrecarga ligeira (7,5%) (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Estatísticas relativas à sobrecarga do cuidador formal.

Sobrecarga	N	Min	Max	Média	Dp
Impacto da prestação de cuidados	40	23	42	34,60	6,54
Relação interpessoal	40	9	18	14,75	2,91
Expectativas face ao cuidar	40	8	15	11,18	2,73
Perceção de autoeficácia	40	2	5	2,78	1,19
Score global da Sobrecarga (Zarit)	40	42	78	63,30	12,43

Legenda: n - número de participantes; Min. - valor mínimo; Max. - valor máximo; Dp - desvio-padrão

Classificação da sobrecarga

A classificação da sobrecarga evidencia um claro predomínio de níveis elevados, com 75,0% dos participantes a apresentar sobrecarga intensa. A ausência de sobrecarga é observada em 17,5% dos casos, enquanto a sobrecarga ligeira apresenta expressão residual (7,5%) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização da classificação da sobrecarga do cuidador formal.

Níveis de sobrecarga	Nº	%
Sem sobrecarga	7	17,5%
Sobrecarga ligeira	3	7,5%
Sobrecarga intensa	30	75,0%

Fatores percecionados como determinantes de encaminhamento ao Serviço de Urgência

Os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU foram organizados em três dimensões: *falta de recursos*, *pressão psicológica* e *complexidade clínica do doente*, a partir da agregação dos 26 itens do instrumento. Destaca-se a falta de

recursos como o fator com maior expressão ($M=26,44$; $Dp=3,25$), sugerindo um peso relevante das limitações estruturais e organizacionais no encaminhamento para o SU. Segue-se a pressão psicológica ($M=16,53$; $Dp=2,99$), a evidenciar a influência de fatores emocionais e contextuais na tomada de decisão. A complexidade clínica do doente apresenta valores médios mais reduzidos ($M=5,61$; $Dp=2,03$), indicativo de menor peso relativo face aos restantes fatores (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas aos fatores percecionados como determinantes de encaminhamento ao SU.

Fatores percecionados como determinantes de encaminhamento	Min.	Max.	Média	dp
Falta de Recursos	23	31	26,44	3,25
Pressão Psicológica	13	20	16,53	2,99
Complexidade Clínica do Doente	3	8	5,61	2,03

3.5. Análise inferencial

Relação entre a sobrecarga do cuidador formal e as variáveis sociodemográficas (género, idade e escolaridade)

Para analisar a influência do género e da idade na sobrecarga dos cuidadores formais e nas respetivas dimensões, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney.

As ordenações médias indicam níveis de sobrecarga mais elevados nos cuidadores formais do género feminino, tanto nas dimensões como no score global, com exceção da dimensão perceção de autoeficácia. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 11).

Relativamente à idade, foi igualmente aplicado o teste de Mann-Whitney. As ordenações médias evidenciam níveis de sobrecarga mais elevados nos cuidadores formais com idade inferior a 55 anos, em todas as dimensões e no score global. Todavia, apenas na dimensão relação interpessoal se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p<0,001$), sendo esta associação altamente significativa. (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Teste U Mann Whitney entre o género e a idade e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e global).

Variáveis	Zarit	IPC	RI	EFC	PAE	Zarit Global
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Género	Masculino	19,40	16,10	18,70	20,90	18,00
	Feminino	20,66	21,13	20,76	20,44	20,86
	Mann-Whitney (U)	100,500	117,000	53,000	59,500	79,000
	(p)	0,843	0,380	0,721	0,937	0,634
Idade	≤55 anos	22,58	28,32	23,63	21,37	24,05
	>55 anos	18,62	13,43	17,67	19,71	17,29
	Mann-Whitney (U)	53,500	28,000	52,000	54,500	48,000
	(p)	0,294	0,000	0,111	0,668	0,069

Legenda: IPC - Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação interpessoal; EFC - Expectativas face ao cuidar; PAE - Perceção de autoeficácia

Os resultados mostram que os cuidadores formais com níveis de escolaridade mais baixos apresentam maiores níveis de sobrecarga na generalidade das dimensões e no score global. A exceção verifica-se na dimensão relação interpessoal, onde se destacam os participantes com cursos técnico-profissionais. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e no score global ($p < 0,001$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e global).

Variáveis	Zarit	IPC	RI	EFC	PAE	Zarit Global
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Escolaridade	Sabe ler / escrever	36,50	26,00	36,50	36,50	36,50
	1º ciclo	18,00	26,00	20,00	13,00	22,00
	2º ciclo	12,50	15,00	11,00	13,00	12,50
	3º ciclo	13,00	9,92	12,08	14,23	11,15
	Curso T-P	29,00	37,00	29,00	29,00	29,00
	Bacharelato / Licenciatura	18,42	22,33	19,75	19,58	19,08
	Kruskal-Wallis (X^2)	4,345	7,177	4,287	6,453	6,215
	(p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Legenda: IPC - Impacto da prestação de cuidados; RI - Relação interpessoal; EFC - Expectativas face ao cuidar; PAE - Perceção de autoeficácia

Relação entre as variáveis profissionais e formativas (anos de serviço, horas semanais, tipo de horário e adequação da formação) e a sobrecarga do cuidador formal

Para se analisar a influência dos anos de serviço na sobrecarga dos cuidadores formais e nas respectivas dimensões, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. As ordenações médias evidenciam níveis mais elevados de sobrecarga nos cuidadores com 1 a 5 anos de serviço, quer nas dimensões quer no score global, com exceção da dimensão percepção de autoeficácia, onde se destacam os participantes com mais de 10 anos de experiência (OM=23,44). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os anos de serviço dos cuidadores formais e as dimensões relação interpessoal ($p=0,027$) e a percepção de autoeficácia ($p=0,015$) (cf. Tabela 13).

Através do teste de Kruskal-Wallis, observa-se uma maior sobrecarga, tanto nas dimensões como no score global, nos cuidadores que realizam 38 horas semanais. Existem diferenças altamente significativas entre as horas de trabalho semanais realizadas pelos cuidadores formais e a sua sobrecarga nas quatro dimensões e score global (cf. Tabela 13).

Os resultados do Teste U Mann Whitney indicam que os cuidadores formais que a consideram como não adequada apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões e no score global da sobrecarga, indicando níveis superiores de sobrecarga. Observam-se diferenças estatisticamente significativas entre a adequação da formação e as dimensões Impacto da prestação de cuidados ($p=0,004$), Expetativas face ao cuidar ($p=0,003$), Percepção de autoeficácia ($p=0,007$), bem como no score global da sobrecarga ($p=0,004$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis e Teste U Mann Whitney entre as variáveis profissionais e formativas e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global).

Variáveis	Zarit	IPC	RI	EFC	PAE	Zarit Global
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Anos de serviço						
1 a 5 anos	27,00	27,00	25,73	23,18	24,45	
5 a 10 anos	16,00	22,00	16,73	13,00	18,55	
Mais de 10 anos	19,28	15,61	19,61	23,44	19,28	
Kruskal-Wallis (X^2)	1,904	8,047	12,018	10,637	12,244	
(p)	0,068	0,027	0,165	0,015	0,405	
Horas semanais						
37H/Semana	10,64	7,93	10,07	13,00	8,64	
38H/Semana	28,23	29,50	28,86	26,64	29,50	
40H/Semana	12,50	15,00	11,00	13,00	12,50	
Kruskal-Wallis (X^2)						
(p)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Tipo de horário (Turnos)						
Não	5,50	7,30	6,10	13,00	5,50	
Sim	25,50	24,90	25,30	23,00	25,50	
Mann-Whitney (U)	49,500	89,500	36,000	85,000	53,500	
(p)	0,000	0,000	0,000	0,018	0,000	
Adequação da formação						
Não	28,50	22,33	28,00	28,67	28,50	
Sim	17,07	19,71	17,29	17,00	17,07	
Mann-Whitney (U)	6,094	7,421	5,255	2,928	6,235	
(p)	0,004	0,531	0,007	0,003	0,004	

Relação entre a presença de doença/incapacidade e a sobrecarga do cuidador formal

Os cuidadores formais que reportam doença/incapacidade apresentam ordenações médias superiores em todas as dimensões da Escala de Sobrecarga de Zarit e no score global, quando comparados com aqueles que não apresentam doença/incapacidade. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Relação Interpessoal ($U=58,000$; $p=0,041$) e no score global da Escala de Zarit ($U=55,500$; $p=0,037$), sendo os valores mais elevados observados nos cuidadores com doença/incapacidade ($OM=29,50$ e

OM=29,83, respetivamente), comparativamente aos cuidadores sem doença/incapacidade (OM=18,92 e OM=18,85) (Tabela 14).

Tabela 14 - Teste U Mann Whitney entre a presença de doença/incapacidade e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global).

Zarit	IPC	RI	EFC	PAE	Zarit Global
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Presença de doença/incapacidade					
Não	19,65	18,92	20,01	19,44	18,85
Sim	25,33	29,50	23,33	26,50	29,83
Mann-Whitney (U)	74,500	58,000	83,500	70,000	55,500
(p)	0,298	0,041	0,541	0,214	0,037

Relação entre o tempo de deslocação residência-instituição e a sobrecarga do cuidador formal

No que concerne ao tempo de deslocação entre a residência e a instituição, confirmam-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Relação Interpessoal ($\chi^2=6,782$; $p=0,034$) e no score global da Escala de Zarit ($\chi^2=7,114$; $p=0,029$). Os cuidadores que demoram até 30 minutos da residência à instituição apresentam ordenações médias mais elevadas, a indicar níveis superiores de sobrecarga (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste de Kruskal-Wallis entre o tempo de deslocação residência-instituição e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global).

Zarit	IPC	RI	EFC	PAE	Zarit Global
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Tempo de deslocação residência-instituição 1 a 5 anos					
Possível ir a pé	16,80	14,75	18,10	17,85	15,30
Até 10 min.	19,95	18,63	20,22	19,48	18,76
Até 30 min.	25,08	29,04	23,17	24,13	28,58
Kruskal-Wallis (χ^2)	3,214	6,782	1,452	2,037	7,114
(p)	0,200	0,034	0,484	0,361	0,029

Fatores preditores da sobrecarga do cuidador formal

Procedeu-se à realização de regressões lineares múltiplas com o objetivo de identificar quais as variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas preditoras da sobrecarga do cuidador formal, tendo em conta as diferentes dimensões, bem como os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência. Foram consideradas como variáveis independentes a idade, os anos de serviço, a perceção de formação adequada, a procura ativa de formação, a partilha de experiências/formação entre colegas e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência. Como variáveis dependentes, analisaram-se as dimensões da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), nomeadamente: Impacto da Prestação de Cuidados (IPC), Relação Interpessoal (RI), Expectativas Face ao Cuidar (EFC) e Perceção da Autoeficácia (PAE).

Impacto da prestação de cuidados (IPC)

A idade, os anos de serviço, a perceção de formação adequada, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são variáveis preditoras do Impacto da Prestação de Cuidados (IPC), explicando 97,8% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 97,5%. O erro padrão da estimativa é de 1,037 e os testes F ($F=303,468$; $p<0,001$) e t revelam significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes introduzidas no modelo apresentam elevado poder explicativo relativamente ao Impacto da Prestação de Cuidados.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a idade e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação direta com o Impacto da Prestação de Cuidados, o que sugere que os cuidadores formais com mais idade e maior partilha de experiências/formação entre colegas tendem a apresentar níveis mais elevados de Impacto da Prestação de Cuidados. Também a procura ativa de formação apresenta uma relação positiva, embora de menor magnitude. Por outro lado, os anos de serviço e a perceção de formação adequada estabelecem uma relação inversa com o Impacto da Prestação de Cuidados, indicando que cuidadores com mais anos de serviço e que percecionam a formação como mais adequada tendem a apresentar níveis inferiores desta dimensão. Todas as variáveis independentes introduzidas no modelo revelaram significância

estatística, nomeadamente a idade ($p=0,002$), os anos de serviço ($p<0,001$), a perceção de formação adequada ($p<0,001$), a procura ativa de formação ($p=0,043$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($p<0,001$) (Quadro 1).

Quadro 1 - Regressão linear múltipla entre o Impacto da Prestação de Cuidados (IPC) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.

Variável dependente: <i>Impacto da prestação de cuidados - IPC</i>					
R = 0,989					
R² = 0,979					
R² Ajustado =0,975					
Erro padrão da estimativa = 1,037					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	
Constante	16,977		6,760	<,001	
Idade	,099	,110	3,360	,002	
Anos de serviço	-2,108	-,272	-8,278	<,001	
Formação adequada	-6,573	-,467	-13,678	<,001	
Procura ativa de formação	-1,096	-,074	-2,098	,043	
Partilha de experiências/formação entre colegas	11,861	,820	26,447	<,001	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	1631,052	5	326,210	303,468	<,001
Residual	36,548	34	1,075		
Total	1667,600	39			

A idade, os anos de serviço, a perceção de formação adequada, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são também variáveis preditoras da Relação Interpessoal (RI), explicando 93,9% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 93,0%. O erro padrão da estimativa é de 0,771 e os testes F ($F=104,852$; $p<0,001$) e t revelam significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes introduzidas no modelo apresentam elevado poder explicativo relativamente à Relação Interpessoal.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação direta com a Relação Interpessoal, sugerindo que os cuidadores formais que procuram ativamente formação e que partilham mais experiências e conhecimentos com os colegas tendem a

apresentar níveis mais elevados desta dimensão da sobrecarga. A partilha de experiências/formação entre colegas é a variável que apresenta maior contributo positivo para o modelo ($\beta=0,530$). Por outro lado, a idade, os anos de serviço e a perceção de formação adequada estabelecem uma relação inversa com a Relação Interpessoal, indicando que cuidadores mais velhos, com mais anos de serviço e que percecionam a formação como mais adequada tendem a apresentar níveis inferiores nesta dimensão. Entre estas variáveis, a perceção de formação adequada apresenta o maior peso explicativo negativo ($\beta=-0,703$), seguida dos anos de serviço ($\beta=-0,543$) e da idade ($\beta=-0,341$). Todas as variáveis independentes introduzidas no modelo revelaram significância estatística, nomeadamente a idade ($p<0,001$), os anos de serviço ($p<0,001$), a perceção de formação adequada ($p<0,001$), a procura ativa de formação ($p=0,016$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($p<0,001$) (Quadro 2).

Quadro 2 - Regressão linear múltipla entre a Relação interpessoal (RI) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.

Variável dependente: <i>Relação interpessoal (RI)</i>					
R = 0,969					
R² = 0,939					
R² Ajustado =0,930					
Erro padrão da estimativa = 0,771					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	23,550		12,617	<,001	
Idade	-,136	-,341	-6,238	<,001	
Anos de serviço	-1,877	-,543	-9,920	<,001	
Formação adequada	-4,419	-,703	-12,373	<,001	
Procura ativa de formação	,982	,148	2,529	,016	
Partilha de experiências/formação entre colegas	3,417	,530	10,252	<,001	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	311,310	5	62,262	104,852	<,001
Residual	20,190	34	,594		
Total	331,500	39			

A idade, os anos de serviço, a percepção de formação adequada, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas foram introduzidas como variáveis preditoras das Expectativas face ao cuidar (EFC), explicando 85,7% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 83,6%. O erro padrão da estimativa é de 1,107 e o teste F ($F=40,832$; $p<0,001$) revela significância estatística, inferindo-se que o conjunto das variáveis independentes apresenta um elevado poder explicativo relativamente às Expectativas face ao cuidar.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a percepção de formação adequada ($\beta=0,327$), a procura ativa de formação ($\beta=0,584$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($\beta=0,893$) estabelecem uma relação direta com as Expectativas face ao cuidar. Estes resultados sugerem que os cuidadores formais que consideram a formação mais adequada, que procuram formação de forma ativa e que partilham mais experiências e conhecimentos com os colegas tendem a apresentar níveis mais elevados de Expectativas face ao cuidar. A partilha de experiências/formação entre colegas constitui a variável com maior contributo explicativo para o modelo ($\beta=0,893$), seguida da procura ativa de formação ($\beta=0,584$) e da percepção de formação adequada ($\beta=0,327$). Relativamente à idade ($\beta=-0,134$; $p=0,119$) e aos anos de serviço ($\beta=0,110$; $p=0,196$), embora apresentem coeficientes de regressão no modelo, não revelaram significância estatística, pelo que não podem ser considerados preditores significativos das Expectativas face ao cuidar. Assim, apenas a percepção de formação adequada ($p<0,001$), a procura ativa de formação ($p<0,001$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($p<0,001$) se revelaram preditores estatisticamente significativos das Expectativas face ao cuidar (Quadro 3).

Quadro 3 - Regressão linear múltipla entre a Expectativas face ao cuidar (EFC) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percebidos como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.

Variável dependente: Expectativas face ao cuidar (EFC)					
R = 0,926					
R² = 0,857					
R² Ajustado =0,836					
Erro padrão da estimativa = 1,107					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente	Coeficiente	t	p	
	b	beta			
Constante	7,299		2,723	,010	
Idade	-,050	-,134	-1,598	,119	
Anos de serviço	,358	,110	1,318	,196	
Formação adequada	1,929	,327	3,761	<,001	
Procura ativa de formação	3,643	,584	6,530	<,001	
Partilha de experiências/formação entre colegas	5,399	,893	11,277	<,001	
Análise de variância					
Efeito	Soma	df	Média	f	p
	Quadrados		quadrados		
Regressão	250,121	5	50,024	40,832	<,001
Residual	41,654	34	1,225		
Total	291,775	39			

A idade, os anos de serviço, a percepção de formação adequada, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas foram introduzidas como variáveis preditoras da Percepção da Autoeficácia (PAE), explicando 93,3% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 92,3%. O erro padrão da estimativa é de 0,329 e o teste F ($F=94,623$; $p<0,001$) revela significância estatística, inferindo-se que o conjunto das variáveis independentes apresenta um elevado poder explicativo relativamente à Percepção da Autoeficácia.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que os anos de serviço ($\beta=0,490$), a percepção de formação adequada ($\beta=0,342$), a procura ativa de formação ($\beta=0,580$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($\beta=0,811$) estabelecem uma relação direta com a Percepção da Autoeficácia. Estes resultados sugerem que os cuidadores formais com mais anos de serviço, que percebem a formação como adequada, que procuram formação de forma ativa e que partilham mais experiências e conhecimentos com os colegas tendem a apresentar níveis mais elevados desta dimensão. A partilha de experiências/formação entre colegas constitui a variável com maior contributo explicativo

para o modelo ($\beta=0,811$), seguida da procura ativa de formação ($\beta=0,580$), dos anos de serviço ($\beta=0,490$) e da percepção de formação adequada ($\beta=0,342$). Relativamente à idade ($p=0,922$), esta variável não revelou significância estatística, pelo que não pode ser considerada um preditor significativo da Percepção da Autoeficácia. Em contrapartida, os anos de serviço ($p<0,001$), a percepção de formação adequada ($p<0,001$), a procura ativa de formação ($p<0,001$) e a partilha de experiências/formação entre colegas ($p<0,001$) revelaram-se preditores estatisticamente significativos desta dimensão da sobrecarga. Assim, conclui-se que a Percepção da Autoeficácia é significativamente influenciada por fatores profissionais e formativos, destacando-se particularmente a partilha de experiências/formação entre colegas como a variável com maior poder explicativo no modelo (Quadro 4).

Quadro 4 - Regressão linear múltipla entre a Percepção da autoeficácia (PAE) e as variáveis sociodemográficas, profissionais, formativas e fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência.

Variável dependente: Percepção da autoeficácia (PAE)				
R = 0,966				
R² = 0,933				
R² Ajustado =0,923				
Erro padrão da estimativa =0,329				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coeficiente	Coeficiente	t	p
	b	beta		
Constante	-1,683		-2,110	,042
Idade	,001	,006	,099	,922
Anos de serviço	,689	,490	8,519	<,001
Formação adequada	,875	,342	5,731	<,001
Procura ativa de formação	1,571	,580	9,467	<,001
Partilha de experiências/formação entre colegas	2,128	,811	14,943	<,001
Análise de variância				
Efeito	Soma	df	Média	f
	Quadrados		quadrados	p
Regressão	51,289	5	10,258	94,623
Residual	3,686	34	,108	
Total	54,975	39		

A falta de recursos, a pressão psicológica e a complexidade clínica do doente, fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, foram introduzidas

como variáveis preditoras da sobrecarga global do cuidador formal, explicando 61,0% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 57,7%. O erro padrão da estimativa é de 4,125 e o teste F ($F=18,624$; $p<0,001$) revela significância estatística, inferindo-se que o conjunto das variáveis independentes apresenta um poder explicativo significativo relativamente à sobrecarga do cuidador formal, tendo em conta os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a falta de recursos ($\beta=0,421$) e a pressão psicológica ($\beta=0,515$) estabelecem uma relação direta com a sobrecarga global evidenciada pelos cuidadores formais. Estes resultados sugerem que os participantes que percecionam maiores limitações de recursos e níveis mais elevados de pressão psicológica, como fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, tendem a apresentar níveis superiores de sobrecarga. A pressão psicológica constitui a variável com maior contributo explicativo para o modelo ($\beta=0,515$), seguida da falta de recursos ($\beta=0,421$). Relativamente à complexidade clínica do doente ($\beta=0,118$; $p=0,278$), não se verificou significância estatística. Em contrapartida, os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU como a falta de recursos ($p=0,001$) e a pressão psicológica ($p<0,001$) revelaram-se preditores estatisticamente significativos na sobrecarga sentida pelos cuidadores formais. O coeficiente de correlação múltipla obtido ($R=0,781$) indica uma associação forte entre as variáveis preditoras e a sobrecarga global. Assim, conclui-se que a sobrecarga global dos cuidadores formais é significativamente influenciada pelos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, mormente, a pressão psicológica como a variável com maior poder explicativo no modelo, seguida da falta de recursos. Por sua vez, a complexidade clínica do doente não demonstrou contribuir significativamente para a explicação da variabilidade da sobrecarga global (Quadro 5).

Quadro 5 - Regressão linear múltipla entre a sobrecarga global (score global) e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU.

Variável dependente: <i>Sobrecarga global</i>					
R = 0,781					
R² = 0,610					
R² Ajustado =0,577					
Erro padrão da estimativa =4,125					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	12,854		2,418	0,021	
Falta de Recursos	0,487	0,421	3,562	0,001	
Pressão Psicológica	0,728	0,515	4,389	<0,001	
Complexidade Clínica do Doente	0,264	0,118	1,102	0,278	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	1258,340	5	419,447	18,624	<0,001
Residual	804,760	34	22,354		
Total	2063,100	39			

3.6. Discussão dos resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos, tendo por base os objetivos delineados para o presente estudo, cuja interpretação é concretizada à luz da evidência científica disponível, o que permite referenciar os principais resultados no contexto da literatura nacional e internacional, bem como compreender as suas implicações para a prática em cuidados de saúde, nomeadamente no âmbito das ERPI e da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais em exercício de funções em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) de um concelho da Região Centro de Portugal

Os resultados permitem identificar um perfil relativamente homogéneo dos cuidadores formais das ERPI do concelho em estudo. A amostra é marcadamente feminina, confirmando a forte feminização do trabalho de cuidar em contexto institucional o que

corroborar outras evidências (Quinn *et al.*, 2025). Trata-se, maioritariamente, de um grupo em idade adulta intermédia, com os homens a apresentarem idade média superior à das mulheres. Do ponto de vista sociodemográfico, sobressaem ainda a nacionalidade portuguesa, a presença de filhos, a baixa expressão de outros dependentes a cargo e a prevalência de cuidadores a residirem em meio rural, frequentemente com proximidade à instituição. Este perfil deve ser interpretado à luz do atual contexto demográfico. O envelhecimento populacional, muito documentado na Europa e em Portugal, tem vindo a traduzir-se numa pressão crescente sobre os sistemas de saúde e de proteção social, bem como num aumento da procura de cuidados de longa duração (Eurostat, 2025; OMS, 2021; *Council of Europe*, 2023). No caso particular do concelho em estudo, os indicadores demográficos apontam para um envelhecimento acentuado, o que reforça a centralidade das ERPI enquanto resposta social e de saúde para uma população idosa com crescentes níveis de dependência (INE, 2024; PORDATA, 2024). Assim, o perfil dos cuidadores formais encontrado neste estudo insere-se num cenário de elevada exigência assistencial, marcado pela necessidade de garantir cuidados continuados, personalizados e seguros a pessoas idosas com múltiplas fragilidades.

Em termos profissionais, a amostra é constituída sobretudo por técnicos auxiliares de saúde, ou auxiliares de ação direta, o que evidencia as funções associadas ao cuidado direto, particularmente: a higiene, a alimentação, a mobilização e o acompanhamento dos utentes. Esta evidência é particularmente relevante, uma vez que este tipo de funções implica esforço físico contínuo, uma exigência em termos de relações interpessoais e disponibilidade emocional significativa. A este respeito, a literatura mostra que o envelhecimento está frequentemente associado à multimorbilidade, ao aumento de doenças crónicas e neurodegenerativas e à perda de funcionalidade, o que requer respostas mais complexas e permanentes por parte dos cuidadores (Fonseca & Medeiros, 2019; Lee *et al.*, 2024; OMS, 2020; OCDE, 2021). Neste sentido, o quotidiano dos cuidadores formais em ERPI tende a desenvolver-se num contexto de elevada intensidade assistencial, em que o cuidado ultrapassa a simples execução de tarefas, ou seja, envolve a vigilância constante, a adaptação às necessidades dos residentes e a gestão de situações de dependência progressiva. Observou-se também um perfil marcado por alguma estabilidade laboral, com predomínio de vínculos contratuais estáveis e experiência profissional acumulada. Ainda assim, essa estabilidade coexiste com exigências laborais importantes, como o trabalho por turnos e horários semanais prolongados. Acresce que a maioria dos participantes refere não pretender mudar de profissão nem exercer outra atividade, o que pode traduzir compromisso com a função.

À luz do modelo de qualidade dos cuidados de Wilde *et al.* (1993), estes resultados são particularmente relevantes, uma vez que a qualidade dos cuidados depende da competência técnico-profissional e das condições físico-técnicas da organização, da orientação identitária dos profissionais e do ambiente sociocultural institucional. Do mesmo modo, Donabedian (1980) recorda que a qualidade dos cuidados resulta da interação entre estrutura, processo e resultados. Assim, um corpo profissional estável é importante, mas pode não ser suficiente se persistirem constrangimentos organizacionais, insuficiência de recursos e fragilidades na preparação técnica e emocional dos cuidadores.

No domínio da formação, os resultados mostram que os cuidadores possuem sobretudo formação dirigida a aspetos práticos do cuidado direto, como normas de higiene e segurança, higienização e conforto, bem como técnicas de mobilização. Em contrapartida, áreas como gestão emocional, morte, saúde mental, prevenção de situações críticas e primeiros socorros surgem como menos trabalhadas e, simultaneamente, como necessidades formativas relevantes. Estes dados são expressivos, pois sugerem que a preparação dos cuidadores formais continua muito centrada na execução técnica, permanecendo mais frágeis as dimensões que requerem mais capacidade reflexiva, emocional e de decisão perante situações complexas. Assim, pode afirmar-se que os resultados encontrados corroboram a literatura que sublinha a necessidade de reforçar a capacitação dos cuidadores formais em contextos de ERPI, sobretudo porque, na maioria dos casos, as idosas institucionalizadas apresentam quadros clínicos complexos e trajetórias de dependência prolongada (Comissão Europeia, 2023; Direção-Geral da Segurança Social, 2022). Também Marincowitz *et al.* (2022) referem que a ausência de formação específica, a insegurança clínica e a falta de apoio são fatores relevantes nas decisões dos profissionais, designadamente quando se colocam questões relacionadas com o encaminhamento hospitalar. Assim, a lacuna formativa identificada nas áreas mais complexas poderá ter repercussões na experiência subjetiva dos cuidadores formais e na sua capacidade para lidar com situações de maior incerteza clínica e emocional. Não obstante muitos participantes considerarem que a formação que possuem é adequada, emerge também a perceção de que esta não é suficiente. Num estudo de natureza qualitativa realizado na região de Braga (Rego, 2023), que envolveu auxiliares de ação direta de cinco ERPI, foram identificadas diversas necessidades formativas entre os cuidadores formais. Estas incidem sobretudo nos cuidados à pessoa idosa com demência, nos cuidados gerais à pessoa idosa, na gestão do stresse no trabalho, nas estratégias de relacionamento e estabelecimento de limites, bem como nas questões relacionadas com a perda e o luto. Os resultados evidenciam a importância quer da formação inicial, quer da

formação contínua, destacando a necessidade de as ERPI promoverem ações formativas regulares que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais

Os resultados revelam níveis globalmente elevados de sobrecarga, ou seja, sobrecarga intensa, o que sugere que a experiência de cuidar em ERPI tende a ser vivida como exigente e potencialmente desgastante. Estes resultados corroboram vários autores que associam a prestação contínua de cuidados a idosos dependentes a desgaste físico, emocional e psicológico. Tessarolo *et al.* (2024) salientam que a sobrecarga dos cuidadores formais pode traduzir-se em tensão, fadiga, desconforto emocional e alterações do sono, o que compromete a sua capacidade de cuidar de forma contínua e adequada. Também Gregório (2015) e Costa (2017), em estudos portugueses com cuidadores formais, identificaram níveis relevantes de sobrecarga, *burnout* e exaustão emocional.

Entre as diferentes dimensões avaliadas, o impacto da prestação de cuidados é a que apresenta maior expressão, indicando que o peso das tarefas associadas ao cuidar assume um lugar central na vivência dos profissionais, o que vai ao encontro da natureza das funções desempenhadas, uma vez que os cuidadores se encontram em contacto direto e permanente com pessoas idosas dependentes, frequentemente em situações de fragilidade física, cognitiva e emocional. Considerando que grande parte dos residentes em ERPI apresenta limitações nas atividades de vida diária, défices funcionais e necessidade de apoio permanente, torna-se compreensível que o impacto concreto da prestação de cuidados emergja como o principal foco de sobrecarga (Lee *et al.*, 2024; Fonseca & Medeiros, 2019).

As dimensões relação interpessoal e expectativas face ao cuidar surgem igualmente como relevantes, a indicar que o desgaste não se limita à execução prática das tarefas, mas compreende igualmente a gestão das relações com os utentes, com a equipa e, potencialmente, com as famílias, assim como a tensão entre aquilo que se exige ao cuidador e os recursos de que este dispõe para responder. Wilde *et al.* (1993) enfatizam que a qualidade dos cuidados e a experiência dos cuidadores formais são inseparáveis do ambiente sociocultural e relacional da organização. Cuidar, em contexto institucional, implica técnica, regulação emocional, comunicação, suporte e contenção. Kunkle (2022) reforça que a prestação de cuidados a residentes de ERPI é uma atividade exigente e potencialmente desgastante e a sobrecarga afeta-os, sendo frequentemente confundida com stresse do

cuidador e *burnout*. Assim, no seu estudo, a autora investigou a sobrecarga dos cuidadores formais entre auxiliares que prestam cuidados diretos a residentes em ERPI, cujos resultados indicaram níveis elevados de sobrecarga.

No presente estudo, a percepção de autoeficácia apresenta menor expressividade, ainda tal não elimine a possibilidade de existirem fragilidades ao nível da confiança profissional ou da preparação para lidar com situações mais complexas. À luz da teoria do autocuidado de Orem (2001), este resultado assume relevância, uma vez que, embora a teoria esteja centrada na pessoa cuidada, permite também compreender que, quando o cuidado é permanente e intensivo, o cuidador necessita de recursos, apoio e capacitação para sustentar o seu próprio equilíbrio e desempenho. Nesta perspetiva, a promoção do autocuidado dos cuidadores formais é uma condição essencial para a manutenção da qualidade assistencial. Neste pressuposto, reitera-se que quem cuida também necessita de ser cuidado, sendo esta uma área de intervenção prioritária para a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao Serviço de Urgência

No que diz respeito aos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, os resultados mostram que a falta de recursos assume maior expressão do que as restantes dimensões analisadas. Esta evidência sugere que os encaminhamentos não dependem exclusivamente da condição clínica do residente, mas também das limitações existentes no contexto institucional, nomeadamente ao nível de recursos humanos, apoio técnico, supervisão clínica e meios disponíveis para resposta local. Este resultado está em consonância com a literatura. Cain *et al.* (2022) referem que uma parte importante das transferências de residentes de ERPI para o SU pode ser considerada evitável, sobretudo quando os cuidados necessários poderiam ter sido prestados na própria instituição. Os autores salientam ainda que condições organizacionais subótimas podem contribuir para o agravamento do estado do residente ou para a necessidade de observação hospitalar. Assim, o destaque da falta de recursos no presente estudo reforça a ideia de que as decisões de encaminhamento são profundamente condicionadas pela capacidade institucional de resposta (Cain *et al.*, 2022).

A pressão psicológica surge como o segundo fator mais relevante na amostra estudada, o que evidencia que a decisão de encaminhar pode também ser influenciada por

sentimentos de insegurança, responsabilidade, pressão contextual e necessidade de proteção perante a incerteza. Este resultado é particularmente importante, pois mostra que o encaminhamento para o SU não deve ser entendido apenas como uma resposta clínica, mas também como uma resposta organizacional e emocional. Esta evidência corrobora Marincowitz *et al.* (2022), que identificam a exaustão profissional, a insegurança clínica e a pressão institucional como determinantes relevantes das decisões de encaminhamento, independentemente da gravidade clínica do idoso residente. Também as revisões de Dwyer *et al.* (2015) e Santosaputri *et al.* (2019) mostram que muitas transferências não se traduzem em ganhos claros em qualidade de vida ou esperança de vida, podendo, pelo contrário, expor os idosos a riscos adicionais, como *delirium*, infecções associadas aos cuidados de saúde e interrupção da continuidade assistencial. A complexidade clínica do idoso apresenta menor peso relativo face às outras dimensões. Embora continue a ser um elemento importante, este resultado sugere que, neste contexto, os fatores externos ao idoso, como os recursos disponíveis e a pressão sentida pelos cuidadores formais, parecem influenciar mais a decisão de encaminhamento para o SU do que a gravidade clínica isolada.

Assim, a análise dos motivos de encaminhamento aponta para um fenómeno multifatorial, em que a decisão de encaminhar os idosos para o SU parece significativamente condicionada pelo contexto em que o cuidado é prestado. Nesta linha, as recomendações decorrentes da *Royal Commission into Aged Care Quality and Safety*, citadas por Cain *et al.* (2022), ganham particular pertinência, reforço da comunicação entre ERPI e hospitais, sistemas digitais de informação clínica e equipas comunitárias de apoio multidisciplinar surgem como estratégias potencialmente úteis para reduzir transferências evitáveis.

Relação entre as variáveis sociodemográficas dos cuidadores formais e a sobrecarga percebida (dimensão e score global)

No que respeita às variáveis sociodemográficas, os resultados mostram que o género, apesar do predomínio feminino na amostra, não assume um papel diferenciador estatisticamente significativo nos níveis de sobrecarga. Ainda assim, as ordenações médias sugerem valores mais elevados de sobrecarga entre as mulheres na maioria das dimensões, o que, embora não conclusivo do ponto de vista estatístico, pode ser relevante do ponto de vista interpretativo, atendendo-se ao peso historicamente atribuído às mulheres

nas funções de cuidado. Este resultado vai ao encontro do estudo de Calha e Chambel (2016), no qual as mulheres apresentaram níveis médios de sobrecarga superiores aos dos homens, sem que essa diferença atingisse significância estatística.

A idade revela-se uma variável mais expressiva, tendo-se constatado que os cuidadores mais jovens tendem a apresentar níveis superiores de sobrecarga, quer nas várias dimensões quer no score global, sendo a relação interpessoal a dimensão em que esta diferença assume significado estatístico. Este resultado sugere que a menor idade poderá estar associada a maior vulnerabilidade ao desgaste, eventualmente por menor experiência profissional, menor consolidação de estratégias de *coping* ou maior dificuldade em gerir exigências relacionais próprias do contexto institucional. Este achado não acompanha integralmente os resultados de Calha e Chambel (2016), que não identificaram correlação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e a idade do cuidador. Essa divergência pode dever-se a diferenças entre amostras, contextos institucionais, perfil dos residentes ou organização do trabalho. Ainda assim, os presentes resultados sugerem que, no contexto das ERPI estudadas, a idade mais jovem pode constituir um fator de maior vulnerabilidade, sobretudo ao nível da relação interpessoal, o que reforça a importância do acompanhamento e supervisão dos profissionais menos experientes, o que corrobora igualmente os resultados de Calha e Chambel (2016).

A escolaridade constitui a variável sociodemográfica com associação mais robusta à sobrecarga na amostra estudada. Os resultados mostram que níveis de escolaridade mais baixos tendem a associar-se a maiores níveis de sobrecarga em praticamente todas as dimensões e no score global, o que sugere que o “capital” escolar e, possivelmente, as competências cognitivas, comunicacionais e de resolução de problemas associadas a esse percurso educativo, podem funcionar como fatores de proteção face à sobrecarga. Em sentido inverso, menor escolaridade poderá limitar a capacidade de compreensão, adaptação e gestão das exigências inerentes ao papel de cuidador formal, indo ao encontro de Kunkle *et al.* (2020).

Relação entre as variáveis profissionais e a sobrecarga dos cuidadores formais (dimensões e score global)

As variáveis profissionais revelam-se particularmente relevantes na explicação da sobrecarga dos cuidadores formais. Assim, constatou-se que os cuidadores com menos anos de experiência tendem a apresentar maiores níveis de sobrecarga em várias

dimensões, sobretudo ao nível da relação interpessoal e da percepção de autoeficácia. Este resultado sugere que a experiência acumulada pode funcionar como fator protetor, ou seja, poderá facilitar a adaptação às exigências da função, a gestão de situações difíceis e o desenvolvimento de maior segurança profissional. De igual modo, apurou-se que níveis mais elevados nos cuidadores com horários mais exigentes revelam níveis mais elevados de sobrecarga, uma associação consistente em todas as dimensões e no score global, o que reforça a ideia de que a intensidade temporal do trabalho constitui um importante fator de desgaste. Este padrão está em consonância com Calha e Chambel (2016), que sublinham a necessidade de investigar fatores mais específicos do contexto de trabalho dos cuidadores formais, como a carga horária, as tarefas exigidas, o suporte institucional e os turnos, como mediadores da sobrecarga. Os resultados do presente estudo confirmam precisamente essa hipótese, ao indicarem que a sobrecarga não pode ser explicada unicamente através das características individuais dos cuidadores, mas depende significativamente das condições concretas em que o trabalho é realizado. Também o trabalho por turnos se associa a níveis superiores de sobrecarga, com diferenças significativas em praticamente todas as dimensões. A irregularidade dos horários, a alteração dos ritmos de descanso, a fadiga acumulada e a maior dificuldade de conciliação entre vida profissional e pessoal poderão explicar esta associação. Trata-se, por isso, de um fator organizacional com forte impacto na vivência dos cuidadores, indo ao encontro do estudo de Mänttari *et al.* (2023).

A percepção de inadequação da formação constitui outro resultado especialmente expressivo. Os cuidadores que consideram a formação não adequada apresentam níveis mais elevados de sobrecarga na maioria das dimensões e no score global, o que reforça a importância da formação profissional enquanto recurso protetor. Quando os cuidadores sentem que não possuem formação suficiente ou ajustada às exigências da prática, é provável que vivenciem maior insegurança, maior esforço na tomada de decisão e maior desgaste emocional. Este resultado é coerente com o estudo de Marincowitz *et al.* (2022), que identificaram a insegurança clínica e a ausência de formação específica como determinantes relevantes nas decisões e na sobrecarga dos profissionais. Também Costa (2017) refere que os desafios quotidianos do cuidar, bem como medos e inseguranças associados à prática, contribuem para a percepção de sobrecarga. Neste sentido, os dados do presente estudo reforçam a ideia de que a formação não deve ser encarada como um requisito técnico, mas como um mecanismo estruturante de proteção dos cuidadores formais, de promoção da confiança e de melhoria da qualidade dos cuidados.

Relação entre a presença de doença/incapacidade e a sobrecarga do cuidador formal

Aferiu-se que a presença de doença/incapacidade se constitui como um fator associado a níveis mais elevados de sobrecarga, o que se depreendeu pelo facto de os cuidadores formais que afirmaram possuir doença/incapacidade terem obtido ordenações médias superiores em todas as dimensões da sobrecarga, com diferenças estatisticamente significativas na dimensão *relação interpessoal* e no score global da escala. Estes resultados sugerem que os cuidadores formais com problemas de saúde poderão experienciar maiores dificuldades na gestão das exigências inerentes ao exercício profissional, o que se poderá traduzir numa perceção mais elevada de sobrecarga. No estudo de Theng *et al.* (2023) também ficou demonstrado que a coexistência de limitações físicas ou psicológicas com as responsabilidades associadas ao cuidar poderá contribuir para um maior desgaste emocional, relacional e funcional.

Relação entre o tempo de deslocação residência-instituição e a sobrecarga do cuidador formal

Inferiu-se a partir da amostra estudada que o tempo de deslocação entre a residência e a instituição influencia os níveis de sobrecarga, ou seja, os cuidadores formais que necessitam de até 30 minutos para se deslocarem até ao local de trabalho apresentaram níveis significativamente superiores de sobrecarga na dimensão *relação interpessoal* e no score global. Este resultado poderá indicar que as deslocações mais prolongadas poderão representar um fator complementar de desgaste físico e psicológica dos cuidadores, reduzindo o tempo disponível para descanso, lazer e recuperação física e emocional, potenciando assim o impacto negativo das exigências profissionais. As evidências do presente estudo podem corroborar, de certa forma, os dados do estudo de Chen *et al.* (2024), desenvolvido com profissionais de saúde, no qual se verificou que tempos de deslocação de casa à instituição superiores a 50 minutos estavam associados a níveis mais elevados de *burnout* pessoal. Os autores sugerem que as deslocações mais longas parecem contribuir para um maior desgaste físico e psicológico, reduzindo o tempo disponível para descanso e recuperação, além de potenciarem problemas musculoesqueléticos que agravam o mal-estar dos profissionais. Embora o estudo de Chen *et al.* (2024) avalie o *burnout* e não especificamente a sobrecarga dos cuidadores formais, os resultados reforçam a importância de considerar fatores relacionados com a

acessibilidade ao local de trabalho como potenciais determinantes do bem-estar e da saúde ocupacional dos cuidadores formais de idosos em ERPI.

Variáveis preditoras de sobrecarga dos cuidadores formais

Os resultados obtidos evidenciam que as variáveis profissionais e formativas explicam significativamente a sobrecarga dos cuidadores formais, particularmente nas dimensões Impacto da Prestação de Cuidados, Relação Interpessoal e Percepção da Autoeficácia. Estes resultados corroboram De Cooman e Vleugels (2022) que descrevem a prestação de cuidados como um processo dinâmico e complexo, resultante da interação contínua entre as características individuais dos cuidadores e as exigências do ambiente em que exercem funções. Neste sentido, fatores como a experiência profissional, a formação específica e as condições organizacionais parecem influenciar a capacidade de adaptação dos cuidadores às exigências do cuidado, inclusive, condicionar a forma como percebem a sua competência, gerem as relações interpessoais e lidam com o impacto decorrente da prestação de cuidados. Ainda neste âmbito, Huang *et al.* (2025) salientam que a teoria do ajustamento pessoa-ambiente, o bem-estar das pessoas depende do grau de correspondência entre os seus recursos pessoais e as exigências do contexto. Assim, os cuidadores formais com percursos profissionais e formativos mais adequados às exigências da função poderão apresentar uma melhor adaptação ao contexto laboral, experienciar menores níveis de sobrecarga em determinadas dimensões (Huang *et al.*, 2025). Esta perspetiva reforça a importância de um maior investimento na formação contínua e na criação de ambientes de trabalho favoráveis, capazes de promover o bem-estar dos cuidadores e a qualidade dos cuidados prestados.

A partilha de experiências e formação entre colegas destacou-se como a variável com maior capacidade explicativa em várias dimensões da sobrecarga, mormente no Impacto da Prestação de Cuidados, nas Expectativas Face ao Cuidar e na Percepção da Autoeficácia, a sugerir que os contextos profissionais que favorecem a cooperação, a troca de conhecimentos e o apoio entre pares podem contribuir para um melhor ajustamento às exigências do cuidar. De igual modo, a procura ativa de formação e a percepção de formação adequada revelaram associações significativas com diferentes dimensões da sobrecarga, reforçando a importância da qualificação profissional contínua e da preparação técnica para lidar com situações complexas e exigentes. Os anos de serviço também evidenciaram um contributo relevante, particularmente ao nível da Percepção da Autoeficácia, sugerindo que a

experiência acumulada ao longo do percurso profissional favorece a confiança dos cuidadores nas suas competências e na sua capacidade para responder adequadamente às necessidades dos residentes. Estes resultados são congruentes com a perspetiva do ajustamento pessoa-ambiente, segundo a qual o bem-estar e o desempenho dos profissionais dependem da adequação entre os seus recursos pessoais e as exigências do contexto de trabalho (De Cooman & Vleugels, 2022). De forma semelhante, Kunkle *et al.* (2021), ao estudarem cuidadores formais de pessoas idosas em ERPI, verificaram que os fatores associados ao suporte organizacional e ao desenvolvimento de competências favorecem uma melhor adaptação às exigências da prestação de cuidados. Assim, a relevância da partilha de experiências, da formação contínua e da experiência profissional evidenciada no presente estudo parece refletir a relevância dos recursos disponíveis para responder eficazmente às exigências do contexto de cuidado.

Relativamente aos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento ao SU, a pressão psicológica e a falta de recursos constituíram-se como fatores preditores da sobrecarga global dos cuidadores formais, evidenciando a importância das condições organizacionais e emocionais associadas à prestação de cuidados. Estes dados corroboram outras evidências, que descrevem o cuidar como um processo complexo e dinâmico, influenciado não só pelas necessidades dos residentes, mas também pela interação entre as exigências do contexto e os recursos disponíveis para lhes responder (Hoffman *et al.*, 2019; Ong *et al.*, 2018). A elevação da pressão psicológica enquanto preditor da sobrecarga sugere que as exigências emocionais inerentes ao cuidado à pessoa idosa em ERPI assumem destaque na experiência dos cuidadores formais. A influência da falta de recursos reforça a relevância do contexto organizacional, sobretudo ao nível da disponibilidade de apoio, de formação, recursos humanos e de condições de trabalho adequadas. Nesta perspetiva, a teoria do ajustamento pessoa-ambiente sustenta que a sobrecarga emerge quando existe um desequilíbrio entre as exigências do contexto e os recursos pessoais e institucionais disponíveis para lhes fazer face (De Cooman & Vleugels, 2022; Huang *et al.*, 2025). Por outro lado, o facto de a complexidade clínica dos residentes não ter demonstrado uma associação significativa com a sobrecarga global sugere que a perceção de sobrecarga poderá depender mais das condições em que os cuidados são prestados do que da gravidade clínica dos utentes. Este resultado reforça a importância de intervenções dirigidas à melhoria dos recursos organizacionais e do apoio aos profissionais, com vista à promoção do seu bem-estar e à qualidade dos cuidados prestados.

Este resultado deve ser interpretado com precaução, mas também com interesse científico, sobretudo porque a literatura que relaciona diretamente a sobrecarga dos

cuidadores formais com o encaminhamento para o SU permanece limitada. Estudos desenvolvidos por Germain *et al.* (2024, 2025) identificaram uma associação entre níveis mais elevados de sobrecarga e maior frequência de visitas ao Serviço de Urgência, readmissões hospitalares e transferências potencialmente evitáveis. Por sua vez, as revisões realizadas por Lemoyne *et al.* (2019) e Marincowitz *et al.* (2022) salientam o impacto da exaustão profissional, da insegurança na tomada de decisão e da pressão institucional nos processos de encaminhamento. Embora os resultados do presente estudo não coincidam integralmente com os descritos na literatura, corroboram a existência de uma relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e o encaminhamento para o Serviço de Urgência, particularmente quando estão presentes limitações de recursos e elevados níveis de pressão psicológica.

No cômputo geral, as evidências apuradas sustentam que a sobrecarga dos cuidadores formais se encontra associada ao fenômeno do encaminhamento para o SU, sendo esta relação particularmente influenciada por fatores de natureza organizacional, profissional e emocional. Entre os principais preditores da sobrecarga destacam-se a pressão psicológica, a falta de recursos, a partilha de experiências e formação entre colegas, a procura de formação, a percepção de formação adequada e os anos de serviço. Estes resultados demonstram que a experiência de sobrecarga não depende exclusivamente das exigências inerentes à prestação de cuidados, mas também das condições institucionais, dos recursos disponíveis e das oportunidades de desenvolvimento profissional. Tal constatação reforça a pertinência do objetivo central do estudo e demonstra que o bem-estar dos cuidadores e as condições organizacionais constituem dimensões interdependentes, com potencial influência na tomada de decisão clínica e na gestão dos residentes em ERPI. Neste enquadramento, a sobrecarga dos cuidadores formais ultrapassa a esfera individual e laboral, assumindo relevância significativa enquanto questão de saúde comunitária e de organização dos cuidados, pelas suas possíveis repercussões na segurança dos residentes, na saúde dos próprios cuidadores formais, na continuidade e na qualidade dos cuidados prestados, bem como na utilização adequada dos recursos de saúde. A identificação destes fatores preditores reforça ainda a necessidade de um maior investimento em estratégias institucionais orientadas para o reforço dos recursos disponíveis, para a promoção do apoio entre pares e para a qualificação contínua destes profissionais, com vista à redução da sobrecarga e à melhoria dos resultados em saúde.

À luz da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), estes resultados adquirem particular significado. Considerando que muitos residentes em ERPI apresentam limitações que requerem sistemas de apoio parcial ou total, os cuidadores formais assumem um papel

essencial na compensação dessas necessidades. Contudo, quando o exercício das suas funções ocorre em contextos caracterizados por elevada exigência, recursos insuficientes e oportunidades formativas limitadas, aumenta a vulnerabilidade à sobrecarga. Consequentemente, a capacitação profissional, o suporte organizacional e a promoção do autocuidado dos próprios cuidadores constituem elementos fundamentais para garantir cuidados de qualidade, humanizados e centrados na pessoa idosa.

Deste modo, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de investir em melhores condições de trabalho, em programas de formação contínua e em estratégias institucionais de apoio aos profissionais das ERPI. Estas medidas encontram-se alinhadas com os princípios do Plano Nacional de Saúde 2030 e com a necessidade crescente de desenvolver respostas sustentáveis perante o envelhecimento demográfico e o aumento da complexidade dos cuidados prestados à população idosa.

Conclusão

O presente estudo permitiu analisar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes em ERPI ao SU de um concelho da Região Centro de Portugal.

No que respeita aos objetivos específicos, foi possível caracterizar um grupo de cuidadores formais maioritariamente feminino, com funções centradas no cuidado direto ao idoso, inserido num contexto profissional exigente e marcado por trabalho por turnos, carga horária relevante e necessidades formativas em áreas especificamente sensíveis, como a gestão emocional, os primeiros socorros, a morte e a prevenção de situações críticas.

Os resultados evidenciaram níveis elevados de sobrecarga percebida, com predomínio de sobrecarga intensa, destacando-se o impacto da prestação de cuidados como a dimensão mais expressiva. Verificou-se ainda que a sobrecarga se relaciona sobretudo com variáveis profissionais, nomeadamente a carga horária semanal, o trabalho por turnos e a perceção de inadequação da formação, assumindo estas um papel mais relevante do que a generalidade das variáveis sociodemográficas. Entre estas, a escolaridade e, em menor grau, a idade revelaram associação com algumas dimensões da sobrecarga.

Concluiu-se que a presença de doença/incapacidade e os maiores tempos de deslocação do domicílio para a instituição estão associados a níveis superiores de sobrecarga nos cuidadores formais, particularmente na dimensão relacional e na sobrecarga global.

Relativamente aos fatores percecionados como determinantes do encaminhamento para o SU, a falta de recursos surgiu como a dimensão mais expressiva, seguida da pressão psicológica, o que reforça a importância dos fatores organizacionais e contextuais na decisão de encaminhar os idosos institucionalizados. A sobrecarga dos cuidadores formais em ERPI é influenciada por um conjunto de fatores de natureza profissional, formativa, organizacional e emocional. Entre os principais preditores destacaram-se a pressão psicológica, a falta de recursos, a partilha de experiências e formação entre colegas, a procura de formação, a perceção de formação adequada e os anos de serviço. A pressão psicológica e a insuficiência de recursos assumiram particular relevância na explicação da sobrecarga global, enquanto a partilha de conhecimentos entre pares, a formação contínua e a experiência profissional demonstraram contributos significativos para dimensões como o Impacto da Prestação de Cuidados, as Expectativas Face ao Cuidar, a Relação Interpessoal

e a Percepção da Autoeficácia. Estes resultados realçam ainda mais a necessidade de suporte organizacional, da qualificação profissional e da disponibilização de recursos adequados como estratégias fundamentais para a prevenção/diminuição da sobrecarga, a promoção do bem-estar dos cuidadores formais e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa.

Tais resultados sugerem que a sobrecarga dos cuidadores formais constitui uma realidade relevante no contexto das ERPI e que as condições organizacionais, os recursos disponíveis e a preparação profissional podem influenciar o bem-estar dos cuidadores e os processos de decisão relacionados com o encaminhamento de residentes ao SU.

Não obstante os resultados apurados, importa realçar que, entre as principais limitações do estudo, destaca-se a reduzida adesão institucional e amostral. Embora o universo inicial incluísse nove ERPI de um concelho da Região Centro de Portugal, apenas três aceitaram participar no estudo. Esta limitação condiciona a representatividade da amostra e restringe a generalização dos resultados. Adicionalmente, a reduzida dimensão amostral poderá ter contribuído para estimativas elevadas da capacidade explicativa dos modelos de regressão, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência e confirmados em estudos futuros com amostras mais alargadas. Acresce ainda o facto de se tratar de um estudo transversal, baseado no autorrelato, o que pode introduzir vieses de resposta e limitar a interpretação das associações encontradas, não permitindo inferir relações de causalidade.

Importa ainda referir que, embora a nacionalidade tenha sido incluída na caracterização sociodemográfica dos participantes, não foi possível explorar de forma aprofundada a influência de fatores culturais, linguísticos ou relacionados com diferentes percursos formativos nas percepções dos cuidadores formais. Tal situação poderá estar relacionada com a exclusão de alguns profissionais que não reuniam os critérios de inclusão definidos, bem como com a não participação de alguns cuidadores elegíveis. Adicionalmente, a elevada rotatividade profissional observada em algumas instituições poderá ter condicionado a constituição de uma amostra mais representativa desta diversidade. Considera-se, por isso, pertinente que futuras investigações aprofundem a influência destes fatores na sobrecarga dos cuidadores formais e nos processos de decisão associados ao encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência.

Apesar destas limitações, o estudo oferece contributos relevantes para a compreensão da realidade dos cuidadores formais em ERPI, sublinhando a necessidade de investir em melhores condições de trabalho, maior suporte institucional e formação mais

ajustada às exigências do cuidado à pessoa idosa institucionalizada. Do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, estes resultados reforçam a importância de estratégias dirigidas à prevenção da sobrecarga, à capacitação dos cuidadores e à promoção de respostas mais integradas e sustentáveis, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir encaminhamentos evitáveis ao SU.

Considera-se que qualquer trabalho desta natureza deve ser devolvido às instituições e aos participantes que nele colaboraram, como forma de reconhecimento do seu contributo e de valorização do conhecimento produzido, sendo uma forma de potenciar a sua aplicabilidade prática e potencial impacto na melhoria dos cuidados.

Implicações para a prática

Os resultados do presente estudo evidenciam a necessidade de intervenção ao nível organizacional, formativo e assistencial nas ERPI, com vista à redução da sobrecarga dos cuidadores formais e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, bem como à otimização dos processos de encaminhamento para o Serviço de Urgência.

A sobrecarga dos cuidadores formais emerge como um fator relevante na gestão dos cuidados, podendo influenciar a tomada de decisão em situações clínicas do quotidiano institucional. Neste sentido, torna-se fundamental desenvolver estratégias que permitam minimizar o impacto da sobrecarga ocupacional e, simultaneamente, promover uma resposta mais adequada e segura às necessidades dos residentes.

Uma das principais implicações prende-se com o reforço das condições de trabalho, nomeadamente ao nível da organização dos horários e do trabalho por turnos, bem como da adequação dos rácios entre cuidadores e residentes. A melhoria destas condições poderá contribuir para a diminuição do desgaste físico e emocional, promover maior equilíbrio e bem-estar profissional.

Ao nível formativo, destaca-se a necessidade de implementar programas estruturados de formação contínua, ajustados às exigências reais do contexto das ERPI. A capacitação dos cuidadores em áreas como o reconhecimento precoce de alterações clínicas, gestão de situações agudas, comunicação com a pessoa idosa, gestão emocional, primeiros socorros e cuidados em contexto de dependência poderá aumentar a confiança na tomada de decisão e reduzir a insegurança associada à prática. A criação de manuais

institucionais de formação poderá ainda contribuir para a uniformização de práticas e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Do ponto de vista organizacional, revela-se igualmente importante a implementação de protocolos e procedimentos claros de atuação e encaminhamento, que orientem os cuidadores formais na gestão de situações clínicas complexas. A definição de critérios e fluxogramas de decisão poderá reduzir a variabilidade nas práticas, apoiar a tomada de decisão e contribuir para a diminuição de encaminhamentos potencialmente evitáveis ao Serviço de Urgência.

A melhoria dos sistemas de comunicação interna e de registo clínico constitui outra implicação relevante. O desenvolvimento de ferramentas digitais que facilitem a partilha de informação entre profissionais poderá permitir uma monitorização mais eficaz do estado de saúde dos residentes, promovendo respostas mais céleres e articuladas.

Para além das dimensões organizacionais e formativas, torna-se essencial investir na promoção do bem-estar e da saúde ocupacional dos cuidadores formais. A implementação de atividades promotoras de bem-estar, como programas de ginástica laboral, momentos de convívio e iniciativas de valorização profissional, poderá contribuir para melhorar o clima organizacional e a satisfação no trabalho. A disponibilização de apoio psicológico institucional constitui igualmente uma estratégia importante, ou seja, possibilitar aos cuidadores formais gerir o stresse e prevenir situações de exaustão.

A realização de reuniões periódicas de equipa assume também particular relevância, ao proporcionar espaços de partilha, reflexão e apoio entre profissionais, para favorecer a coesão das equipas e a identificação conjunta de estratégias de melhoria.

Neste contexto, o papel da liderança institucional revela-se determinante, sendo importante promover estilos de liderança participativos e colaborativos, que valorizem os profissionais, incentivem a comunicação e apoiem a gestão das equipas. Uma liderança eficaz poderá contribuir significativamente para a redução da sobrecarga e para a melhoria do funcionamento organizacional.

Importa considerar a necessidade de sensibilização da comunidade e dos decisores institucionais para as exigências do trabalho desenvolvido nas ERPI e, simultaneamente, promover a valorização dos cuidadores formais e o reforço das respostas dirigidas à população idosa.

Contudo, importa referir que, embora estas estratégias se apresentem como pertinentes e potencialmente exequíveis, a sua implementação não foi possível no âmbito

do presente estudo, devido a limitações temporais associadas ao desenvolvimento da investigação. Esta limitação constitui, simultaneamente, uma oportunidade para futuras investigações, nomeadamente através do desenvolvimento de estudos de intervenção que permitam avaliar o impacto destas medidas na redução da sobrecarga, na melhoria da qualidade dos cuidados e na otimização do encaminhamento para os serviços de urgência.

Deste modo, considera-se que a implementação futura destas estratégias poderá constituir um contributo relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em ERPI, para a valorização dos cuidadores formais e para uma utilização mais eficiente e adequada dos recursos em saúde.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assume especial pertinência a implementação de estratégias de capacitação e de suporte aos cuidadores formais, promover o seu autocuidado, a gestão do stress e o desenvolvimento de competências relacionais. A supervisão da sobrecarga deverá integrar-se nas práticas de vigilância em saúde ocupacional, permitindo a identificação precoce de situações de risco e a implementação de medidas preventivas.

Por fim, os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem integrada e multidisciplinar no cuidado à pessoa idosa institucionalizada, que valorize simultaneamente o bem-estar dos cuidadores e a qualidade dos cuidados. Investir nos cuidadores formais constitui uma estratégia essencial para promover cuidados mais seguros, humanizados e sustentáveis, bem como para otimizar a utilização dos recursos em saúde, nomeadamente através da redução de encaminhamentos desnecessários ao Serviço de Urgência.

PARTE III: Competências desenvolvidas

4. Competências desenvolvidas formativas

Este capítulo assume uma natureza reflexiva, ao descrever o modo como as competências foram sendo desenvolvidas ao longo do percurso formativo. Num primeiro momento, abordam-se os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 454/2026 da Ordem dos Enfermeiros (OE). Num segundo momento, são analisadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, definidas no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018).

Antes de proceder à caracterização dos contextos de estágio e descrever as atividades que concretizaram o desenvolvimento de competências, importa ressaltar que a prática reflexiva constitui uma componente fundamental do desenvolvimento profissional. Consiste na capacidade de revisitar experiências vividas, avaliá-las criticamente e extrair aprendizagens que permitam melhorar o desempenho futuro. Esta visão está em conformidade com Kapachika *et al.* (2025), para quem a prática reflexiva ultrapassa a execução habitual de tarefas, ou seja, implica um pensamento mais profundo e um maior nível de autoconsciência, o que possibilita aos profissionais evoluírem no exercício das suas funções. Num setor em que a capacidade de adaptação e resposta às necessidades humanas complexas é essencial, a prática reflexiva assume-se como uma ferramenta de grande relevância (Kapachika *et al.*, 2025).

À medida que aumenta a exigência de cuidados de elevada qualidade continua a aumentar, a integração da prática reflexiva no quotidiano profissional deixa de ser simplesmente uma recomendação para se tornar uma necessidade. Neste sentido, a prática reflexiva consiste num processo de análise consciente das próprias experiências, comportamentos e decisões, com o objetivo de obter *insights* e melhorar o desempenho futuro. Em termos simples, a prática reflexiva implica aprender com a experiência, promover um crescimento pessoal e profissional contínuo (Shin *et al.*, 2023). A prática reflexiva corresponde a um processo de autoanálise e aprendizagem que envolve a reflexão sobre as próprias experiências, a sua análise crítica e a aplicação das conclusões à prática futura. Constitui um instrumento valioso para o desenvolvimento profissional, pois permite aprofundar a compreensão do próprio trabalho, identificar áreas de melhoria e adquirir novas competências e conhecimentos (Al-Mutawa *et al.*, 2024).

À luz deste enquadramento, a prática reflexiva constituiu uma constante ao longo do percurso formativo, assumindo-se como elemento estruturante do desenvolvimento das competências especializadas. O presente Relatório Final é prova desse exercício contínuo de análise crítica, autoavaliação e integração de aprendizagens, o que evidencia a

capacidade de refletir sobre a prática, identificar áreas de melhoria e fundamentar decisões com base na evidência científica e na experiência vivenciada em contexto real.

4.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros (2026; Regulamento n.º 454/2026) define o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista e estabelece o quadro conceptual aplicável à regulamentação das competências específicas de cada área de especialidade em enfermagem. Este documento orientador determina que a atribuição do título de Enfermeiro Especialista pressupõe, para além da demonstração das competências específicas da respetiva área de especialidade, a partilha de um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2026).

De acordo com o referido regulamento, as competências comuns correspondem às competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, sendo demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como do suporte ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e gestão de equipas (OE, 2026; Regulamento n.º 454/2026). Estas competências integram o perfil profissional do Enfermeiro Especialista, em articulação com o aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais e com as competências específicas definidas para cada área de especialidade.

A Enfermagem, enquanto disciplina científica e prática profissional, exige níveis crescentes de conhecimento, diferenciação técnica e capacidade de tomada de decisão, tornando essencial o desenvolvimento de competências especializadas sustentadas na melhor evidência científica disponível. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista distingue-se pela capacidade de mobilizar conhecimentos, capacidades e habilidades avançadas para responder às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades, nos diferentes contextos de vida e níveis de prevenção (OE, 2026; Regulamento n.º 454/2026).

Neste enquadramento, o estágio permitiu desenvolver e consolidar os domínios de competências comuns definidos para o Enfermeiro Especialista, nomeadamente: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão de equipas e de cuidados; e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2026; Regulamento n.º 454/2026).

a) Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, a atuação pautou-se por uma prática consciente, responsável e eticamente sustentada, orientada por princípios humanistas, valores profissionais e normas deontológicas, tendo como referência a excelência no exercício da enfermagem. A conduta foi sempre marcada pelo respeito pelo sigilo profissional e pela discrição, bem como pela salvaguarda dos direitos dos utentes e pela promoção de relações de respeito e colaboração com a equipa multidisciplinar.

Em contexto domiciliário, foi possível reconhecer a singularidade de cada agregado familiar, compreendendo que cada família apresenta dinâmicas próprias, influenciadas por fatores sociais, culturais e emocionais, que condicionam as respostas aos desafios de saúde. Neste sentido, foi valorizada uma abordagem individualizada, sensível às especificidades de cada contexto.

Foi constantemente privilegiado o respeito pela intimidade e confidencialidade da informação, com recurso a uma comunicação clara e adequada, em conformidade com os princípios éticos consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro. Desta forma, procurou contribuir para a humanização dos cuidados, a promoção da dignidade da pessoa e a melhoria da sua qualidade de vida, sempre com respeito pelos direitos humanos fundamentais.

b) Melhoria contínua da qualidade

Neste contexto, importa salientar a relevância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, desenvolvidos pela OE (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015), que constituem um referencial estruturante para a tomada de decisão clínica e para a reflexão crítica sobre a prática profissional. Estes padrões orientam o exercício da enfermagem no sentido da excelência, promovendo a sistematização dos cuidados, a avaliação contínua das intervenções e a melhoria sustentada dos resultados em saúde.

O conceito de qualidade tem acompanhado a evolução das sociedades ao longo do tempo, assumindo diferentes significados e adaptações conforme os contextos históricos e organizacionais. A área da saúde não constitui exceção, com a integração progressiva de uma visão mais abrangente e estruturada da qualidade, centrada na segurança, eficácia e humanização dos cuidados (Neto *et al.*, 2023). Neste enquadramento, os Padrões de Qualidade definidos pela OE (Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015) assumem particular relevância, ao constituírem um referencial orientador do desempenho profissional. Estes padrões contribuem para a consolidação de práticas fundamentadas, para a

promoção da excelência no exercício das funções de enfermagem e para o reforço da responsabilidade profissional na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Em coerência com o quadro conceptual apresentado, importa referir que, ao longo da prática formativa, foram cumpridos os seis enunciados descritivos que integram os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho de 2015).

No que respeita à satisfação do cliente, a intervenção foi orientada para a prestação de cuidados individualizados, humanizados e centrados na pessoa, promovendo a escuta ativa, o respeito pelas preferências e a participação informada nas decisões relacionadas com a sua saúde. Relativamente à promoção da saúde, foram desenvolvidas intervenções educativas e estratégias de capacitação, com vista ao alcance do máximo potencial de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, incentivando estilos de vida saudáveis e a adoção de comportamentos protetores. No domínio da prevenção de complicações, foi adotada uma atuação preventiva e antecipatória, identificando fatores de risco e implementando medidas de vigilância e monitorização, com o objetivo de minimizar agravamentos do estado de saúde e evitar descompensações. Quanto ao bem-estar e autocuidado, foi promovida a autonomia das pessoas, reforçadas as competências para o autocuidado e prestado apoio nas atividades de vida em situações de dependência, tendo sempre promovido a dignidade, a segurança e a qualidade de vida. No âmbito da readaptação funcional, colaborou-se com os utentes no desenvolvimento de estratégias eficazes de adaptação às suas condições de saúde, facilitando processos de ajustamento físico, psicológico e social. No que concerne à organização dos serviços de enfermagem, contribuiu-se para a eficácia e articulação dos cuidados, promovendo-se o trabalho em equipa, a continuidade assistencial e a gestão adequada dos recursos disponíveis, sempre orientada por uma perspetiva de melhoria contínua da qualidade. A qualidade e a adequada gestão dos cuidados de saúde contribuem para a criação de um ambiente de confiança, favorecendo a satisfação das pessoas relativamente aos cuidados prestados. Importa, contudo, reconhecer que a perceção da qualidade é influenciada pelas necessidades, expectativas e experiências de cada pessoa, pelo que a melhoria contínua deve assentar numa avaliação sistemática dos resultados obtidos e da satisfação dos cidadãos.

No contexto da USP, esta perspetiva de qualidade assume particular importância, uma vez que as intervenções se centram não só no indivíduo, mas também na família e na comunidade, exigindo o planeamento estratégico, a monitorização de indicadores e a avaliação de impacto em saúde populacional. A atuação na USP implica, assim, uma abordagem baseada na evidência, na vigilância epidemiológica e na articulação

interinstitucional, para que se possam garantir respostas ajustadas às necessidades identificadas.

No decurso da intervenção de enfermagem inerente ao cuidado informal (visitas domiciliárias), no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, foi possível compreender os desafios inerentes à prestação de cuidados em contexto real, designadamente em situações imprevistas, com limitações de recursos e face à complexidade clínica e social dos utentes. Neste contexto, foi possível constatar a capacidade da equipa multidisciplinar em gerir essas situações de forma eficaz, mantendo uma preocupação constante com a garantia de uma intervenção centrada na pessoa e no respeito pelas especificidades de cada família.

Todas as experiências reforçaram a importância da reflexão contínua sobre a prática, da articulação entre níveis de cuidados e do compromisso contínuo com a qualidade e a segurança, princípios fundamentais quer na UCC quer na USP.

c) Gestão dos cuidados

Quando se aborda o domínio da Gestão dos Cuidados, importa salientar o papel determinante dos Enfermeiros Especialistas da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local (USP-SL), integradas numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro. Detentores de um conhecimento aprofundado dos determinantes de saúde da população, estes profissionais planeiam, organizam, coordenam e orientam a intervenção da equipa de enfermagem, assegurando uma resposta adequada às necessidades identificadas. Simultaneamente, promovem a articulação entre os diferentes elementos da equipa multiprofissional, favorecendo a coordenação de esforços e a gestão eficiente dos recursos disponíveis. Esta atuação estratégica permite adequar as intervenções aos diferentes contextos e às necessidades da população, contribuindo para a qualidade, continuidade e eficiência dos cuidados prestados aos indivíduos, grupos e comunidades.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A prática especializada de enfermagem comunitária e de saúde pública requer uma constante adaptação às necessidades em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, uma vez que esta vai ao encontro das reais necessidades do alvo dos seus cuidados, no contexto no qual estes se incluem, ou seja, na comunidade. É, por conseguinte, primordial o

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, uma vez que esta prática requer uma permanente atualização, aperfeiçoamento profissional e criatividade, por forma a proporcionar as melhores respostas adaptativas aos indivíduos, grupos ou comunidades ao longo do seu ciclo vital. A prática especializada de enfermagem implica um profundo conhecimento da comunidade na qual o Enfermeiro Especialista desenvolve a sua prática associada à prática reflexiva, com vista a aprimorar o modo como os cuidados são prestados, percorrendo, assim, um caminho rumo à excelência profissional que pode ser compreendido à luz do modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2005), que descreve a evolução do enfermeiro desde o nível de principiante até ao nível de perito.

Segundo Benner (2005), a aquisição de competências em enfermagem é um processo progressivo, sustentado pela experiência clínica e pela reflexão sobre a prática. A autora identifica cinco estadios de desenvolvimento: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro perito distingue-se pela capacidade de compreender as situações de forma global e intuitiva, com integração do conhecimento teórico e da experiência prática de modo fluido e contextualizado. Neste percurso rumo à excelência, o enfermeiro deixa de se apoiar única e exclusivamente em regras e orientações abstratas, ou seja, passa a agir com base numa compreensão profunda das situações clínicas, com antecipação das necessidades da população destinatária dos cuidados e através de decisões fundamentadas com segurança e discernimento. A prática torna-se mais holística, centrada na pessoa e adaptada às especificidades de cada contexto.

Assim, ao longo desta formação, consolidou-se a convicção de que o pressuposto de que a excelência profissional não é um ponto estático, mas um processo contínuo de aprendizagem, reflexão crítica e desenvolvimento de competências. A evolução para o nível de enfermeira perita/especialista implicou necessariamente o compromisso com a formação contínua, abertura à experiência e a capacidade de integrar saber científico, o julgamento clínico e a sensibilidade ética na prestação de cuidados. Considera-se que a formação contínua em Enfermagem e a investigação baseada na evidência científica deve ser estimulada em todos os profissionais e mantida de forma a conservar níveis elevados de conhecimento e, conseqüentemente, qualidade dos cuidados prestados.

4.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

A reflexão apresentada fundamenta-se nas experiências desenvolvidas durante os estágios realizados na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade de Saúde Pública - Serviço Local, integradas numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, evidenciando de que forma estas contribuíram para a aquisição, consolidação e mobilização das competências especializadas exigidas para o exercício profissional avançado nesta área. A análise desenvolvida procura evidenciar a articulação entre os referenciais normativos da especialidade e a sua operacionalização nos diferentes contextos de prática clínica e de saúde pública.

De acordo com o referido regulamento, as competências específicas do EEEEC-ESCSP estruturam-se em quatro domínios fundamentais de intervenção profissional, que compreendem: a) a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde; b) a participação ativa no processo de capacitação de grupos e comunidades; c) a integração na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário, em articulação com os objetivos do Plano Nacional de Saúde; e d) a intervenção na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2018).

A Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assume um papel estruturante na promoção, proteção e vigilância da saúde das populações. A sua intervenção ultrapassa a dimensão individual, centrando-se na comunidade enquanto unidade de cuidados, incorporando determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos que influenciam o estado de saúde coletivo (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

Neste contexto, a prática profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública materializa-se como uma prática clínica avançada, suportada por referenciais epistemológicos de saúde pública, modelos de governação clínica e enquadramento jurídico-profissional que legitimam a autonomia de decisão e técnica em circunstâncias complexas de intervenção comunitária. Conforme estabelecido no Regulamento n.º 428/2018 da OE, a prática especializada estrutura-se na integração de conhecimento científico atualizado, pensamento crítico e raciocínio clínico avançado, orientando a intervenção para a produção de ganhos em saúde mensuráveis e para a redução da variabilidade da prática clínica em contextos populacionais.

O desenvolvimento destas competências ocorreu de forma transversal ao longo dos dois contextos de estágio, através da participação em atividades de natureza assistencial,

preventiva, educativa, epidemiológica, investigativa e de gestão em saúde. A diversidade de experiências proporcionadas pela UCC e pela USP-SL permitiu mobilizar conhecimentos e competências em diferentes níveis de intervenção, desde o indivíduo e a família até aos grupos, comunidades e populações.

No âmbito do estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Região Centro, foram desenvolvidas atividades nas áreas da vigilância epidemiológica, educação para a saúde, saúde escolar, vacinação, saúde ambiental, investigação, saúde materna e infantil, cuidados domiciliários e gestão de programas comunitários. Destacam-se a participação em rastreios visuais e socioeconómicos, a dinamização de sessões de educação para a saúde no âmbito dos projetos escolares, a colaboração em aulas de preparação para o parto e parentalidade, o acompanhamento de consultas de alcoologia e de cessação tabágica, a participação em visitas domiciliárias da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a conceção, implementação e avaliação de projetos, bem como o desenvolvimento e divulgação do estudo de investigação sobre a sobrecarga dos cuidadores formais em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e o encaminhamento ao SU dos residentes. Destacam-se ainda a participação em diversas ações de formação e atualização profissional, bem como a apresentação dos projetos desenvolvidos às equipas multidisciplinares e em sessões plenárias, promovendo a partilha de conhecimento, a reflexão crítica e a disseminação de boas práticas em saúde comunitária. Estas experiências permitiram contactar com diferentes contextos de intervenção comunitária e de saúde pública, constituindo oportunidades privilegiadas para o desenvolvimento das competências específicas do EEEEC-ESCSP.

Na Unidade de Saúde Pública – Serviço Local (USP-SL) da Região Centro, as atividades desenvolvidas centraram-se na vigilância epidemiológica, saúde escolar, vacinação, saúde ambiental e saúde pública. Destacam-se a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde dos idosos institucionalizados em ERPI de um concelho da região Centro, a participação nos projetos de saúde escolar «Sorri Dente», «Bem Comer. Mexer, Escovar, Só Custa Começar», «Na Medida Certa» e «+Contigo», a capacitação de pessoal docente e não docente na área da diabetes mellitus, a participação nas campanhas de vacinação contra a gripe, COVID-19 e administração da vacina BCG, a realização de vistorias e inspeções em ERPI, centros de dia e estabelecimentos escolares, a monitorização de Doenças de Notificação Obrigatória, a participação em auditorias internas, consultas do viajante e consultas respiratórias da comunidade, bem como a criação e implementação do projeto «Inverno Seguro na ERPI».

As atividades desenvolvidas na UCC e na USP-SL permitiram desenvolver e consolidar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, definidas pela OE (2018; Regulamento n.º 428/2018).

A competência de avaliação do estado de saúde de uma comunidade foi mobilizada e consolidada através da aplicação de princípios da metodologia do Planeamento em Saúde em diferentes contextos de intervenção, nomeadamente na elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde dos idosos institucionalizados em ERPI de um concelho da Região Centro, na participação em rastreios visuais e socioeconómicos e da monitorização de Doenças de Notificação Obrigatória. Estas atividades permitiram identificar necessidades em saúde, fatores de risco, recursos existentes e prioridades de intervenção, constituindo etapas fundamentais do processo de Planeamento em Saúde preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Paralelamente, o desenvolvimento e divulgação do estudo de investigação sobre a sobrecarga dos cuidadores formais em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento dos residentes ao Serviço de Urgência permitiram reforçar competências relacionadas com a produção, análise e utilização de evidência científica enquanto suporte à tomada de decisão em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Estas experiências permitiram não apenas identificar necessidades e prioridades em saúde, mas também desenvolver uma capacidade crítica para sustentar decisões baseadas em evidência, elemento central da prática especializada em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

A competência de capacitação de grupos e comunidades foi mobilizada mediante uma participação ativa na dinamização de sessões de educação para a saúde no âmbito dos projetos «Dormir Bem, Crescer Melhor», «Ser pela Vida – Suporte Básico de Vida» e «Alinha-te», na colaboração em aulas de preparação para o parto e parentalidade, na capacitação de pessoal docente e não docente na área da diabetes mellitus e na conceção, implementação e avaliação do projeto «#TuDecides#» e «*Inverno Seguro na ERPI*». Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento da literacia em saúde, para a promoção de comportamentos saudáveis e para o fortalecimento da capacidade de resposta dos diferentes grupos populacionais perante os seus desafios em saúde. Paralelamente, permitiram compreender que a capacitação comunitária constitui um processo contínuo e participativo, centrado no reforço da autonomia e da literacia em saúde dos indivíduos e grupos.

A participação em ações de formação contínua e a apresentação dos projetos desenvolvidos às equipas multidisciplinares e em sessões plenárias contribuíram igualmente para o desenvolvimento de competências de comunicação em saúde, liderança, disseminação do conhecimento, capacitação de profissionais e dinamização de processos formativos dirigidos a grupos e comunidades.

A integração na coordenação e desenvolvimento de programas de saúde de âmbito comunitário, em articulação com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, foi evidenciada pela participação nos projetos de saúde escolar «Sorri Dente», «Bem Comer. Mexer, Escovar, Só Custa Começar», «Na Medida Certa» e «+Contigo», nas campanhas de vacinação contra a gripe, COVID-19 e administração da vacina BCG, no acompanhamento de consultas de alcoologia e de cessação tabágica, na participação em visitas domiciliárias da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e na criação e implementação dos projetos «#TuDecides#» e «Inverno Seguro na ERPI». Estas experiências permitiram desenvolver competências relacionadas com o planeamento, implementação, monitorização e avaliação de programas de saúde, assegurando a sua articulação com os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde e com as prioridades definidas a nível local e regional. Paralelamente, favoreceram a aquisição de competências de coordenação, gestão de recursos e mobilização de parcerias, essenciais à operacionalização de intervenções orientadas para ganhos em saúde e para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

A competência de cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico foi consolidada através da monitorização de Doenças de Notificação Obrigatória e registo no SINAVE, da participação em auditorias internas, consultas do viajante e consultas respiratórias da comunidade, bem como da realização de vistorias e inspeções em ERPI, centros de dia e estabelecimentos escolares. Estas atividades permitiram desenvolver competências relacionadas com a recolha, análise, interpretação e utilização de informação epidemiológica relevante para a identificação de riscos, monitorização de fenómenos de saúde-doença e apoio à tomada de decisão em Saúde Pública. Estas experiências reforçaram a importância da vigilância epidemiológica enquanto instrumento essencial para a deteção precoce de problemas de saúde, planeamento de respostas e apoio à decisão em Saúde Pública.

Globalmente, os diferentes contextos de estágio constituíram espaços privilegiados de aprendizagem e desenvolvimento profissional, permitindo a mobilização integrada de conhecimentos científicos, técnicos, éticos, relacionais e metodológicos, o que permitiu consolidar uma prática especializada sustentada na evidência científica, no pensamento crítico e na tomada de decisão fundamentada. O percurso desenvolvido possibilitou a aquisição e consolidação das competências específicas do EEEC-ESCSP definidas pela Ordem dos Enfermeiros, reforçando a capacidade para avaliar necessidades em saúde, capacitar grupos e comunidades, participar na coordenação de programas de saúde e cooperar na vigilância epidemiológica. A par disso, contribuiu para o desenvolvimento de uma visão crítica, reflexiva e sistémica dos determinantes da saúde, orientada para a

obtenção de ganhos em saúde, a redução das desigualdades e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às populações.

Reflexão final

A realização do estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da Região Centro, representou uma etapa marcante e consolidante no percurso formativo enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Esta experiência permitiu aplicar em contexto real e dinâmico os conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica. Simultaneamente, proporcionou o desenvolvimento de competências especializadas e a compreensão da complexidade da intervenção em contexto comunitário, à luz do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

A integração dos princípios orientadores do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, permitiu uma atuação autónoma e responsável em vários contextos, promovendo respostas adequadas e ajustadas às necessidades reais da comunidade, reforçando a centralidade da pessoa, da família e do território na prestação de cuidados (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

Em conformidade com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 428/2018, Artigo 2.º, foi possível participar na recolha, análise e interpretação de indicadores de saúde locais, o que permitiu elaborar diagnósticos de situação e planear intervenções ajustadas às necessidades identificadas. Esta experiência aprofundou a compreensão sobre o processo de planeamento em saúde enquanto instrumento essencial para uma prática fundamentada, participativa e centrada nos determinantes sociais da saúde.

A participação ativa em sessões de educação para a saúde, nomeadamente em contextos escolares, comunitários e domiciliários, permitiu desenvolver estratégias de comunicação eficazes e culturalmente sensíveis, promovendo a literacia em saúde e a adoção de comportamentos preventivos. A capacitação da comunidade, sobretudo de grupos vulneráveis, foi assumida como eixo prioritário na prática, reconhecendo o seu papel no *empowerment* individual e coletivo e na sustentabilidade das intervenções.

Foi igualmente possível colaborar na implementação e monitorização de programas estruturados, nomeadamente no âmbito de rastreios e saúde escolar. A articulação com as metas e eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde tornou-se evidente, contribuindo para uma atuação mais alinhada com as políticas públicas e para a promoção da equidade em saúde.

O contacto com os sistemas de vigilância epidemiológica, a participação na análise das notificações obrigatórias e a deteção precoce de situações de risco revelaram-se

particularmente relevantes num contexto marcado pelo envelhecimento populacional e pelas desigualdades no acesso aos cuidados. Para além da aplicação concreta destas competências, destaca-se a importância da reflexão contínua, da supervisão clínica e do trabalho em equipa multidisciplinar, fatores determinantes para o crescimento profissional. A prática comunitária revelou-se exigente, mas também altamente gratificante, exigindo sensibilidade ética, adaptação contextual e rigor científico. O estágio reforçou a importância da prática baseada em evidência, da monitorização de indicadores de saúde e da participação ativa no diagnóstico comunitário. Este percurso permitiu reconhecer que a Enfermagem Comunitária ultrapassa a prestação individual de cuidados, assumindo um papel estratégico na construção de comunidades mais saudáveis e resilientes.

Conclui-se, assim, que esta experiência permitiu desenvolver, consolidar e aplicar, de forma integrada, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, assumindo um papel ativo e responsável na promoção da saúde da comunidade. Contribuiu decisivamente para a consolidação de uma prática autónoma, ética e reflexiva, sustentada em valores profissionais sólidos e numa visão crítica da realidade em saúde pública em Portugal.

O estágio realizado na USP-SL de um concelho da Região Centro, constituiu igualmente uma fase decisiva e transformadora no percurso formativo. Ao longo desta experiência, foi possível transpor para o contexto real os conhecimentos adquiridos na formação académica, desenvolvendo-os em cenários complexos e multifacetados. A realização de um estágio de maior duração permitiu uma imersão mais consistente na realidade da saúde pública, favorecendo uma integração sólida na equipa, sustentada na supervisão contínua e no investimento pessoal na aprendizagem. Esta vivência foi determinante para o fortalecimento da autonomia profissional, da resiliência e da capacidade de análise crítica. A experiência possibilitou consolidar uma visão integrada do cuidado, articulando os domínios assistencial, da gestão, da formação e da investigação. A reflexão contínua sobre a prática revelou-se essencial para o crescimento pessoal e profissional. O contacto direto com cidadãos, grupos e contextos comunitários constituiu um dos aspetos mais enriquecedores deste percurso, reforçando a importância da empatia, da escuta ativa e da comunicação eficaz enquanto instrumentos fundamentais de intervenção em saúde pública. Esta etapa permitiu consolidar um profundo sentido de realização e responsabilidade acrescida. O percurso realizado permitiu consolidar competências, reforçar a preparação para o exercício profissional especializado e fortalecer o compromisso ético, científico e social com a melhoria da saúde e do bem-estar das populações.

A formação em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública proporcionou uma visão holística e integrada da pessoa enquanto alvo de cuidados, que transcende

amplamente o episódio clínico isolado. Permitiu compreender cada pessoa no seu contexto familiar, social e ambiental, identificar determinantes sociais da saúde, reconhecer barreiras ao autocuidado e antecipar fatores de risco associados a complicações e reinternamentos, fatores particularmente relevantes mesmo em contexto hospitalar, onde a continuidade e a segurança dos cuidados assumem especial importância.

Desenvolveu competências que se foram consolidando na planificação de altas seguras, assegurando que a pessoa apresentasse estabilidade clínica, compreendesse adequadamente o regime terapêutico e dos cuidados a realizar, bem como suporte familiar e comunitário devidamente articulado. A identificação precoce de necessidades pós-alta, a referenciação adequada e a transmissão eficaz de informação para os cuidados de saúde primários constituíram e continuarão a constituir os pilares da prática. Este processo estruturado contribui de forma significativa para a redução de complicações e readmissões, promovendo maior segurança e confiança no regresso ao domicílio.

A especialidade reforçou igualmente as competências comunicacionais e educativas, fundamentais para promover a adesão terapêutica, capacitar pessoas e cuidadores e fomentar a corresponsabilização no processo de cuidados. A prática desenvolvida reforçou a importância do envolvimento ativo da família no plano terapêutico e do trabalho em equipa multidisciplinar, coordenando intervenções orientadas para objetivos comuns, com uma visão integrada e centrada na pessoa. A formação em saúde pública proporcionou bases sólidas em vigilância epidemiológica, prevenção e controlo de infeção, permitindo atuar de forma rigorosa com as normas da Direção-Geral da Saúde e contribuir para a implementação de práticas seguras, sustentadas em evidência científica. O trabalho desenvolvido em contexto comunitário fortaleceu, ainda, a escuta ativa, a empatia e a sensibilidade ética, competências essenciais para humanizar o cuidado e apoiar a pessoa em momentos de maior vulnerabilidade. Considera-se que esta perspetiva preventiva, articulada e centrada na pessoa complementa não só o trabalho hospitalar, como potencia ganhos reais em saúde, promovendo uma prática mais segura, eficiente e verdadeiramente transformadora.

Como epílogo do percurso formativo e da elaboração do presente relatório crítico-reflexivo, reconhece-se que o caminho percorrido se assemelha, numa visão alegórica, ao crescimento de uma árvore que, para ser vigorosa, necessita de raízes profundas, de um tronco firme e de ramos que se expandem em direção à luz. Assim se desenvolveu este processo de formação enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. As raízes deste percurso foram fortalecidas ao longo do estágio, sempre coadunadas com a experiência profissional, sustentadas pelos valores éticos, pelo compromisso com cada pessoa e pela convicção de que cada intervenção

individual se repercute no grupo e/ou na comunidade. Essa base sólida permitiu iniciar este mestrado com sentido de propósito e responsabilidade. O tronco representa a consolidação de competências científicas, técnicas e relacionais adquiridas durante o estágio na UCC e na USP-SL. Tal como o tronco sustenta a árvore face às intempéries, também este percurso reforçou a capacidade de decisão, liderança, gestão e intervenção alicerçada em evidência, mesmo perante contextos complexos e desafiantes. Os ramos simbolizam a expansão do olhar sobre a comunidade, a saúde pública e o papel transformador da enfermagem. Cada projeto desenvolvido, cada intervenção comunitária e cada momento de prática reflexiva constituíram uma nova ramificação, permitindo o crescimento em conhecimento e em maturidade profissional e consciência crítica. Analogamente, como uma árvore que continua a crescer ao longo das estações, também este percurso não termina no aqui e agora. Representa antes uma etapa de consolidação e preparação para novos desafios. Permanece a convicção de que o crescimento profissional é contínuo, alimentado pela reflexão, pela aprendizagem ao longo da vida e pelo compromisso com ganhos efetivos em saúde para a comunidade. Hoje, este percurso traduz-se na consolidação de raízes mais sólidas, de um tronco profissional mais firme e de ramos preparados para novos desafios. Tal como uma árvore vigorosa contribui para o equilíbrio do ecossistema onde se insere, mantêm-se o compromisso de continuar a contribuir para a saúde, o bem-estar e a capacitação das comunidades através de uma prática especializada, ética e baseada na evidência.

Este documento não constitui simplesmente a descrição de um percurso formativo ou a sistematização de competências adquiridas. Espelha vidas havidas, as experiências vividas, as pessoas acompanhadas, as comunidades escutadas, os contextos compreendidos e os desafios enfrentados ao longo deste processo de crescimento profissional e humano. Cada intervenção, cada reflexão e cada aprendizagem aqui registadas traduzem encontros reais, vulnerabilidades partilhadas, decisões ponderadas e compromissos assumidos com a promoção da saúde e com a dignidade da pessoa. Simultaneamente, este relatório projeta vidas a haver. Representa o compromisso renovado com o futuro exercício profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Projeta uma prática mais consciente, mais fundamentada, mais crítica e mais transformadora, orientada para a construção de comunidades mais capacitadas, resilientes e saudáveis. Assim, este documento não encerra um ciclo. Pelo contrário, inaugura uma nova etapa. As experiências vividas e as pessoas que marcaram este percurso permanecerão como referência para o exercício futuro da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sustentando uma prática ética, crítica, humanizada e orientada para a promoção da saúde das comunidades.

Considerações Finais

As presentes considerações finais consubstanciam a síntese de um percurso formativo exigente e profundamente transformador, no qual a construção do conhecimento se desenvolveu de forma indissociável da experiência prática e da reflexão crítica. Mais do que um exercício acadêmico, este relatório traduz um processo de maturação profissional, onde se consolidou uma identidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, alicerçada no rigor científico, na consciência ética e no compromisso social.

A integração nos contextos da Unidade de Cuidados na Comunidade e da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local, integradas numa Unidade Local de Saúde da Região Centro, permitiu uma leitura aprofundada das dinâmicas de saúde das populações, evidenciando a complexidade dos determinantes que condicionam o bem-estar individual e coletivo. A diversidade de experiências vivenciadas possibilitou o desenvolvimento de uma abordagem crítica e contextualizada, reforçando a importância de intervenções que ultrapassem a dimensão assistencial e se orientem para a capacitação, a prevenção e a promoção da equidade em saúde.

Neste percurso, tornou-se claro que a intervenção do enfermeiro especialista não se limita à execução técnica, mas implica uma atuação estratégica, informada e sensível às especificidades do território. A capacidade de interpretar contextos, mobilizar recursos, estabelecer relações de proximidade e intervir de forma sustentada revelou-se essencial para a construção de respostas ajustadas e com impacto real. A prática em contexto comunitário evidenciou, de forma inequívoca, que cuidar exige presença, escuta e uma compreensão integrada das realidades sociais e organizacionais que moldam a saúde.

O estudo de investigação desenvolvido veio aprofundar esta compreensão ao analisar o impacto da sobrecarga dos cuidadores formais e os fatores percecionados como determinantes do encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas de um concelho da Região Centro. Os resultados obtidos evidenciaram uma realidade exigente, marcada por níveis elevados de sobrecarga associados, sobretudo, a fatores profissionais e organizacionais, bem como à perceção de insuficiência formativa. A identificação da falta de recursos e da pressão psicológica como fatores percecionados pelos cuidadores como determinantes do encaminhamento de residentes para o Serviço de Urgência reforça a necessidade de olhar para estes contextos de forma sistémica e não isolada.

Contudo, para além dos resultados, importa destacar as limitações encontradas, nomeadamente a reduzida adesão das instituições e dos participantes. Esta dificuldade não

pode ser interpretada apenas como um constrangimento metodológico, mas antes como um indicador de fragilidades mais profundas, relacionadas com a baixa literacia em saúde, a desvalorização da investigação e a limitada perceção do seu potencial transformador na prática profissional. A não compreensão da relevância da participação em estudos desta natureza constitui, por si só, um desafio emergente que exige intervenção.

É neste ponto que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública se revela particularmente pertinente. Para além da intervenção direta, este profissional assume-se como promotor de literacia, facilitador do acesso ao conhecimento e elemento-chave na aproximação entre a evidência científica e a prática. A sua ação torna-se essencial na sensibilização de profissionais e instituições para a importância da investigação, na capacitação para a tomada de decisão informada e na construção de uma cultura de melhoria contínua sustentada no conhecimento.

Paralelamente, os resultados do estudo reforçam a urgência de investir nos cuidadores formais, reconhecendo-os como pilares fundamentais na qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas. A promoção do seu bem-estar, o reforço das suas competências e a melhoria das condições de trabalho não são apenas medidas desejáveis, mas imperativos éticos e estratégicos para a sustentabilidade dos cuidados de longa duração.

Ao longo de todo este percurso, a reflexão crítica assumiu-se como um instrumento estruturante, permitindo questionar práticas, integrar saberes e construir uma intervenção mais consciente e fundamentada. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma postura profissional mais autónoma, responsável e comprometida com a transformação das realidades em que se insere.

A experiência desenvolvida ao longo do estágio permitiu ainda consolidar uma compreensão mais profunda do significado do cuidar em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. As pessoas acompanhadas ao longo deste percurso deram sentido a cada intervenção, desafiaram conhecimentos previamente adquiridos e evidenciaram que a enfermagem se constrói, sobretudo, na relação humana, feita de presença, respeito e significado. Esta aprendizagem reforçou a convicção de que a excelência dos cuidados depende não apenas do conhecimento técnico e científico, mas também da capacidade de estabelecer relações terapêuticas assentes na empatia, na escuta e no respeito pela singularidade de cada pessoa, família e comunidade.

Em síntese, este trabalho representa não apenas o término de um ciclo académico, mas a afirmação de um compromisso com uma prática profissional exigente, ética e socialmente responsável. Um compromisso que se projeta no futuro, orientado pela

evidência, pela reflexão contínua e pela convicção de que a enfermagem comunitária tem um papel insubstituível na construção de sociedades mais justas, informadas e saudáveis.

Porque, em última análise, cuidar não é apenas intervir sobre a doença ou prevenir riscos, é, sobretudo, reconhecer o outro na sua vulnerabilidade e agir com responsabilidade perante essa realidade. É nesse espaço, entre o conhecimento e a humanidade, que verdadeiramente se constrói a prática do enfermeiro especialista. E, acima de tudo, aprende-se que cuidar é transformar conhecimento em ação e vulnerabilidade em oportunidade, a verdadeira medida da enfermagem especializada.

Referência bibliográficas

- Ahn, S., & Logan, J. G. (2022). Perceived role overload and physical symptom experience among caregivers of older adults: The moderating effect of social support. *Geriatric Nursing*, 43, 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.021>
- Al Abri, S., Kasaeva, T., Migliori, G. B., et al. (2020). *Tools to implement the World Health Organization End TB Strategy: Addressing common challenges in high and low endemic countries*. *International Journal of Infectious Diseases*, 92S, S60–S68. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.042>
- Almeida, C. (2021). Organizações literadas e a promoção do bem-estar entre os profissionais e pacientes. In *Literacia em saúde e capacitação dos profissionais: Exemplos de boas práticas no CHPVVC* (pp. 6–16). Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde EPE.
- Almeida, C. (2021). Prefácio. In *Literacia em saúde e capacitação dos profissionais: Exemplos de boas práticas no CHPVVC* (pp. 4–5). Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde EPE.
- Al-Mutawa, N. A., Mahmoud, M. H., Baisa, K. G., Daher-Nashif, S., & Al Wahedi, Z. (2024). Reflective writing among healthcare practitioners in primary care: A qualitative study from Qatar. *Cogent Education*, 11(1), 2373555. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2024.2373555>
- Barroga, E., & Matanguihan, G. J. (2022). A practical guide to writing quantitative and qualitative research questions and hypotheses in scholarly articles. *Journal of Korean Medical Science*, 37(16), e121. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e121>
- Beggs-Yeager, C., Sharts-Hopko, N., & McDermott-Levy, R. (2021). The role of nurses in surveillance to enhance global health security: A Delphi study. *Nursing Outlook*, 69(6), 1021–1029. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.05.011>
- Bhandari, T. R., Paudel, G., Bestman, A., Thapa, T. B., Gwayali, C. P., Ghimire, B., Sharma, S., & Yadav, U. N. (2021). Use of psychoactive substance and its associated factors among school adolescents in Rupandehi District of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 19(3), 474–480. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v19i3.3405>
- Calha, D., & Chambel, M. (2016). *Nível de sobrecarga subjetiva em cuidadores formais de idosos institucionalizados*. **Millennium*, 2*(1), 195–201.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Latent tuberculosis infection: A guide for primary health care providers*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Chapagain, K., Rai, D., Koirala, B., & Rauniyar, G. P. (2020). Exploring the prevalence and correlates of substance abuse amongst the adolescents of Dharan, Eastern Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 18(2), 1064. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2484>
- Chen, Y.-H., Lin, J.-J., Yang, C.-W., Tang, H.-M., Jong, G.-P., & Yang, T.-Y. (2024). The effect of commuting time on burnout: The mediation effect of musculoskeletal pain. *BMC Health Services Research*, 24(1), 468. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10908-1>
- Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu. (s.d.). *Comissão de Ética do IPV*. Instituto Politécnico de Viseu. <https://www.ipv.pt/ce/>
- Costa, D. G. (2017). *Cuidadores formais de idosos: Burnout, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33348>
- Council of Europe. (2023). *Health literacy policy, mobilisation and capacity building*. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/health-literacy-policy-mobilisation-and-capacity-building>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). Sage.
- Dai, X., Gakidou, E., & Lopez, A. D. (2022). Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: Strengthening the evidence base for policy action. *Tobacco Control*, 31(2), 129–137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056535>
- De Cooman, R., & Vleugels, W. (2022). *Person–environment fit: Theoretical perspectives, conceptualizations, and outcomes*. Oxford University Press.
- Declaração de Helsínquia. (2013). *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. 64.^a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Fortaleza, Brasil. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Orientação n.º 010/2014, de 25 de junho: Vigilância da tuberculose nos profissionais de saúde*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/c9265cc7-5e5b-491e-b097-2c116b9eed5b>

- Domínguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chávez-Ventura, G. (2023). Zarit caregiver burden interview: Psychometric properties in family caregivers of people with intellectual disabilities. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(2), 391–402. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13020029>
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2014). *Recomendação Normativa n.º 3/2014 – Consentimento Informado para Estudos de Investigação*. Instituto Politécnico de Viseu https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/01/72/01720e40-2264-498a-b8e0-b36886b01c93/7_recomendacao_no3-2014_-_consentimento_informado.pdf
- Eurocarers: European Association Working for Carers. (2024, março 13). *Country profiles: Portugal*. <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>
- Eurostat. (2025, fevereiro). *Population structure and ageing*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Figueiredo, H. C. dos S. (2021, outubro 15). *Cuidadores formais em tempo de pandemia Covid 19: do fundamento à ação do enfermeiro*. [Estágio com Relatório Final, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Institucional do IPV. <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/304858d5-cd73-46b9-9c5c-cabcd251c981>
- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). *Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 711–725. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/ed067d23-224c-4a82-aed3-2644dff08104>
- Gama, L. M. P., Ribeiro, K. R. C., Oliveira, J. L. C., Costa, M. A. R., Acosta, A. M., & Souza, V. S. (2025). Transition from hospital to home care: A mixed methods study in light of Meleis's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), e20230357. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357pt>
- Germain, N., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L., & Mason, S. (2025). *Caregivers' burden of care during emergency department care transitions among older adults: A mixed methods cohort study*. *BMC Geriatrics*, 25(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05388-1>
- Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de vida, estratégias de coping, burnout, sobrecarga e sintomas*

- Hoffman, G. J., Burgard, S., Mendez-Luck, C. A., & Gaugler, J. E. (2019). Interdependence in health and functioning among older spousal caregivers and care recipients. *Western Journal of Nursing Research*, 41(5), 685–703. <https://doi.org/10.1177/0193945918781057>
- Huang, Y., Lou, V. W. Q., Zhang, W., Yang, G., Ke, X., Yang, F., Li, H., Zheng, J., Zhou, Y., Li, W., & Lu, S. (2025). Person-environment fit of formal and informal caregivers for older adults: A scoping review. *BMC Nursing*, 24, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02513-8>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Indicadores resumo sobre população*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&tipoSeleccao=1&userLoadSave=Load&userTableOrder=13053&xpgid=ine_indicadores&xpid=INE
- Kapachika, M., Baluwa, M. A., Mbakaya, B. C., Mhango, L., & Bvumbwe, T. (2025). Knowledge, practices and barriers of reflective practice among undergraduate nursing and midwifery students in Malawi. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 825–836. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S507766>
- Kunkle, R. (2022). *Formal caregiver burden among nursing assistants in nursing homes: A mixed methods study* [Doctoral dissertation, University of Nebraska Medical Center]. <https://digitalcommons.unmc.edu/etd/701>
- Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. (2021). Formal caregiver burden in nursing homes: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(10), 943–952. <https://doi.org/10.1177/0193945920979691>
- Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. M. (2021). Formal caregiver burden in nursing homes: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(9), 877–893. <https://doi.org/10.1177/0193945920979691>
- Lancet Healthy Longevity. (2022). *Factors associated with increased Emergency Department transfer in older long-term care residents: A systematic review*. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(6), e437–e447. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00113-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00113-1)
- Lee, T.Y., Ko, S., Kim, S.J. et al. *Elderly patients re-transferred from long-term care hospitals to emergency departments within 48 h*. *BMC Emerg Med* 24, 225 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01140-5>
- Lemoyne, S. E., Muench, U., & Office, S. (2019). *Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: A systematic review*. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>

- Lima, A. I., & Mascarenhas-Melo, F. (2022). O processo de cessação tabágica e o contributo do farmacêutico: Impacto na saúde pública. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 11(1), 43–68.
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). *Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review*. *BMC Geriatrics*, 20*, 304. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>
- Mänttari, S., Säynäjäkangas, P., Selander, K., & Laitinen, J. (2023). Increased physical workload in home care service is associated with reduced recovery from work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(5), 651–660. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-01960-1>
- Marincowitz, C., Preston, L., Cantrell, A., Tonkins, M., Sabir, L., & Mason, S. (2022). *Factors associated with increased Emergency Department transfer in older long-term care residents: A systematic review*. *The Lancet Healthy Longevity*, 3*(6), e437–e447. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00113-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00113-1)
- Marincowitz, C., Stone, T., Bath, P. A., & Mason, S. (2022). *What influences decisions to transfer older care-home residents to emergency departments? A synthesis of qualitative reviews*. *Age and Ageing*, 51(12), afac270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36413591/>
- Matos, S., Duarte, A., Almeida, M., Gonçalves, I., Miranda, M., & Abreu, M. (2022). Vigilância da tuberculose nos profissionais de saúde como contributo na erradicação de uma pandemia. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 13, 1–23. <https://doi.org/10.31252/RPSO.08.01.2022>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361–380). F. A. Davis.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, P., Miranda, D., Santos, S., Sousa, S., Cardoso, T., & Pereira, A. (2021). Nursing epidemiological approach of hypertension management in a public health service from the Northern Region of Portugal. *Healthcare*, 9(1), 59. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010059>
- Município de Anadia. (2025). *Carta social 2025–2029*. Município de Anadia.
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 82.

- Okamoto, R., Gouda, K., Koide, K., *et al.* (2020). Effectiveness of simulation learning program for mastering public health nursing skills to enhance strength of community: A quasi-experimental design. *Nurse Education Today*, 90, 104432. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104432>
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M.-E., Chong, S. A., Goveas, R. R., & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: Moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*, 18, Article 27. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1616-z>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar* (Regulamento n.º 428/2018). Diário da República, 2.ª série – N.º 135, 16 de julho de 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2026). *Regulamento n.º 454/2026: Domínios de competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/454-2026-1095311111>
- Ordem dos Enfermeiros. (2026, fevereiro 12). *Circular Normativa n.º CN-CD/2026/1: Atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista por via da certificação individual de competências*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/42410/cn-cd1-2026_novo.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HPR-HEP-98.1>
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – RGPD)*. Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–88. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>
- PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-06/Municipios_Indice_de_envelhecimento_e_outros_indicadores_de_envelhecimento_segundo_os_Censos.xlsx

Portal da Transparência. (2024). *Município de Anadia – indicadores demográficos*. Governo de Portugal. <https://transparencia.gov.pt/pt/municipios/bi-municipios/municipios/municipio/0103/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>

Portugal. (2025). *Portaria n.º 156/2025/1, de 7 de abril*. Diário da República, 1.ª série, n.º 68. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/156-2025-913947260>

psicopatológicos numa amostra de cuidadores formais [Dissertação de mestrado].

Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/49993ffc-0fa7-4fa4-88b1-3948253fcfe8>

Quinn, M., Shepperd, S., & Floud, S. (2025). Social inequalities in the use of formal and informal home care in older women: Evidence from a large UK cohort study. *Age and Ageing*, 54(10), afaf279. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf279>

Rego, M. A. C. (2023). *Necessidades e níveis de formação dos cuidadores formais de ERPI no distrito de Braga* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/d9193df3-48e4-43f0-8d6c-b7d09dfd69dc>

República Portuguesa. (2019). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. *Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativo à proteção de dados pessoais*. Diário da República, 1.ª série, n.º 151, 8 de agosto de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Santosaputri, E., Laver, K., & To, T. (2019). Efficacy of interventions led by staff with geriatrics expertise in reducing hospitalisation in nursing home residents: A systematic review. *Australasian Journal on Ageing*, 38(1), 5–14. <https://doi.org/10.1111/ajag.12593>

Sarakshetrin, A., Chantra, R., & Kunlaka, S. (2017). Nursing competency in primary care services in a changing era. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 19–28. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/111176>

- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sequeira, C. A. da C. (2010). *Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit [Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale]*. Revista Referência – Série II, (12), 9–16.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2173&pesquisa=
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *USP Baixo Vouga*. BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/928/2019/2010183/Pages/default.aspx>
- Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: A pilot study. *BMC Nursing*, 22(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
- Soodhana, D., Vijayakumar, M., Rajesh, T. V., Ajitha, B. K., Backer, H., & Jayadev, N. (2025). Empowering school teachers: Changes in knowledge among teachers after a training program on type 1 diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Endocrinology and Diabetes*, 5(2), 82–86. https://doi.org/10.25259/JPED_27_2025
- Subiyanto, P., Masrurah, Susilo, C., & Destiana. (2024). The role of community nurses in improving public health: Strategies and implementation of educational programs. *Oshada*, 1, 29–44. <https://doi.org/10.62872/sp67wd98>
- Tavares, J. P. A. (2019). *Cuidar da pessoa idosa: Habilidades fundamentais*. In A. Mota Pinto, M. Veríssimo, & J. Malva (Coords.), *Manual do Cuidador* (pp. 14–16). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Tessarolo, M. M. M., Dias, A. S., Silva, J. E. F., & Silva, J. A. (2024). Síndrome de burnout em cuidadores formais de idosos: Uma análise abrangente da literatura [Burnout syndrome in formal carers of the elderly: A comprehensive analysis of the literature]. *Contemporânea*, 4(3), 01–25. <https://doi.org/10.56083/RCV4N3-141>
- Theng, B., Tran, J. T., Serag, H., Raji, M., Tzeng, H.-M., Shih, M., & Lee, W. M. (2023). Understanding caregiver challenges: A comprehensive exploration of available resources to alleviate caregiving burdens. *Cureus*, 15(8), Article e43052. <https://doi.org/10.7759/cureus.43052>

- Tushe, M., & Karagjozi, D. (2025). The role of community health nursing in improving public health: A global and local perspective. *Clinical Case Reports and Studies*, 9, 3. <https://doi.org/10.59657/2993-0863.brs.25.224>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World drug report 2021*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Wang, H., Shah, M., & Allman, R. (2011). *Emergency department visits by nursing home residents in the United States*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(10), 1864–1872. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03587.x>
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x>
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective: A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: Interim guidance*. World Health Organization.
- World Health Organization, United Nations Children's Fund, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2023). *How school systems can improve health and well-being: Topic brief – Substance use*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2018). Harmful use of alcohol kills more than 3 million people each year, most of them men. <https://www.who.int/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Health Organization. (2026). *School health*. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/adolescent-and-young-adult-health/school-health>

Zidan, J., Castro Telles, A., Sameneses dos Reis, B., Teresa dos Santos Narciso Kiese, A., Sá, E., & Miranda da Silva, M. (2025). Perception of healthcare professionals on palliative care in primary healthcare: A quasi-experimental study. *Pensar Enfermagem*, 29(Sup.). <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29iSup.412>

Apêndices

Apêndice I – Projeto #TuDecides#



Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Projeto de Intervenção Comunitária #TuDecides#

Estágio I – Intervenção na Comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

Carina Alexandra de Jesus Tavares, nº29667

Helena Isabel Almeida Rodrigues, nº4888

2025

Apêndices

Apêndice I – Apresentação do Projeto à Equipa da UCC #TuDecides#

Projeto de Intervenção Comunitária #TuDecides#

Escola Superior de Saúde de Viseu - Politécnico de Viseu

Estágio I - Intervenção na Comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)

Estudantes de Medicina: Carina Tavares e Helena Rodrigues
ano de 2025



Sumário

- 01 Diagnóstico de situação
- 02 Objetivos Gerais
- 03 Metodologia
- 04 Cronograma de Atividades
- 05 Indicadores do projeto

01 Diagnóstico de Situação

TIPOLOGIAS DE DROGAS

Portugal mantém-se entre os países europeus com menor prevalência de consumo de drogas

A cannabis é a substância ilícita mais consumida em Portugal, sobretudo pelos mais jovens (1 em cada 4 jovens dos 15 anos confessa já ter consumido).

Depois da cannabis, surgem o ecstasy e a cocaína, onde se constata uma tendência de ligeira subida em particular na faixa etária dos 15-24 anos.

Dependência de Cannabis

Dependência de Cannabis entre os consumidores (17-18 anos)

Consumidores de Cocaína e dos problemas associados a este consumo

As regiões do Norte e Centro surgem com as prevalências maiores de consumo recorrente e atuais mais elevadas tanto nos 15-24 como nos 25-34 anos.

MAIS PREOCUPANTE: APLICAR DIVERSIDADE DE PROPOSTAS DE CUIDADOS NO MUNICÍPIO, ALGUNS COM SUFICIENTE POTENCIAL

A região centro-norte, em particular, apresenta mais prevalência de consumo recorrente de outras substâncias que não a cannabis, nos 15-24 anos, comparativamente à região de Lisboa e à região do Alentejo.

02 Objetivos Gerais

Contribuir para melhorar os hábitos de consumo de drogas, com pelo menos 50% das turmas do conceito envolvidas em sessões.

Aumentar em 50% o nível de conhecimentos, em nível de especificação e aumento da literacia dos jovens, com aplicação de um teste de avaliação com conteúdos sobre problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas.

03 Metodologia

População alvo	Recursos	Implementação
Jovens adolescentes a frequentar o 15.º ano do ensino secundário do agrupamento de escolas de Anadia, com idades compreendidas entre os 15 e 18 anos.	Materiais: cartolina (vermelha e amarela), espelhos de madeira, canetas, tinta de papel, computador, projetor, impressora e plastificadora. Logística: Sala de aula com a disposição em "U", bancas para as destoações às escolas.	3 propostas de intervenção a decorrer ao longo do ano letivo 2025/2026.

Sessão 1

- Aplicação de um QUIZ interativo
- Sessão de educação para a saúde "Vida no ON: Drogas no ON"
- Jogo "Semáforos das Drogas"
- Repetição do QUIZ interativo

Sessão 2

- Dinâmica de grupo "Círculo das Pares"
- Entrega de Guia para pais "Guia SOS: Sem Julgar, Ouvir, Salvar"
- Visualização de um vídeo

Sessão 3

- Dinâmica de grupo "Tu Decides o Final"
- Repetição do QUIZ interativo da 1.ª Sessão
- Aplicação de questionário de satisfação

04 Cronograma de Atividades



05 Indicadores do Projeto

Estrutura: pretendemos avaliar a capacidade de cobertura e o alcance do projeto nas turmas abrangidas pelo Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

Produtividade: pretendemos aferir o nível médio de satisfação nos estudantes e no pessoal docente com o projeto #TuDecides#.

Resultado: pretendemos avaliar os efeitos concretos da intervenção. Será avaliada através de dois métodos: taxa de execução das sessões e taxa de execução prevista realizada até ao final da avaliação de conhecimentos.

Indicadores:

- 1. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 2. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 3. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 4. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 5. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 6. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 7. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 8. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 9. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.
- 10. Taxa de execução das sessões: número de sessões realizadas / número de sessões previstas.





Quiz Dose Certa do saber

Pergue saber é poder. É quanto e quando é saber, a informação que faz a diferença entre quem sabe e quem não sabe.

Preencha para saber se você sabe ou acha que sabe?





Antes, faça este teste para avaliar o seu nível de conhecimento em química, física, biologia e história. Depois, faça o teste de conhecimento em português, matemática, inglês e outras disciplinas.



Vida no ON, Droga no OFF

Escolha sua realidade para sua juventude com futuro

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos alunos em química, física, biologia e história.

Conteúdo: Química, Física, Biologia e História.

Metodologia: Aula expositiva e prática.

Recursos: Quadro, giz, lápis, borracha.

Atividade: Quiz de conhecimentos em química, física, biologia e história.

Objetivo Geral:

- ✓ Promover a reflexão em saúde sobre o consumo de substâncias psicoativas;
- ✓ Identificar os tipos de drogas e seus efeitos;
- ✓ Entender a diferença de dependência química e dependência psicológica.

Conteúdo Programático proposto:

- 1) Definição de drogas e classificação (lícitas vs. ilícitas);
- 2) Efeitos e consequências do consumo (físico, psicológico, social e legal);
- 3) Fatores de risco de dependência no consumo de substâncias;
- 4) Estratégias de prevenção e redução de danos; e
- 5) Prevenção entre jovens e famílias.

Estratégias:

- 1) Apresentação "Vida no ON, Droga no OFF" (PowerPoint) com interação e debate;
- 2) Dinâmica em grupo com o jogo "Resposta das Drogas" aplicada para refletir sobre comportamentos de risco; e
- 3) Dinâmica de teatro sobre o consumo de drogas, abordando comportamentos de risco, redução de danos, e prevenção.

PLANO DE SESSÃO

“Ser jovem é ter o mundo pela frente...”

Explore os seus talentos: música, arte, escrita, dança.

Cuida do corpo e mente: esporte, sono, alimentação saudável.

Valoriza as suas amizades: rodeia-se de quem te faz bem.

Investe no teu futuro: escola, projetos, sonhos.

Sê livre de vícios: escolhe o que te faz crescer, não o que te prende.



São normais os momentos de dúvida, pressão, tristeza e incertezas que, por vezes, fazem procurar respostas ou alívio em caminhos que nem sempre são seguros.

O consumo de substâncias psicoativas surgem como um dos caminhos ...

“Toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo”
(Ministério da Saúde, 2013)

Drogas Lícitas (não permitidas por lei, embora o seu uso possa ser regulado ou controlado, por idade, local, quantidade, etc.)

Alcool (proibido a menores de 18 anos) (Lei nº 106/153 de 16 de Junho)

Tabaco (proibido a menores de 18 anos) (Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto)

Medicamentos psicotrópicos (ex.: ansiolíticos, antidepressivos), não com receita médica. (Lei nº 23/2005 de 9 de Março)

Drogas Ilícitas (não proibidas por lei, a sua produção, venda e consumo são ilegais, exceto: cannabis, cocaína, heroína, ecstasy, LSD, etc., podem ser inalados ou fumadas, tomadas por via oral ou injetadas). (Lei nº 23/2005 de 9 de Setembro)

Nome	O que é?	Origem	Plano de atendimento mais adequado	Dependência	Riscos (prejuízo de saúde, de ambiente, qualidade e quantidade da subestância consumida)	Substituições (eventuais)	A longo prazo
Adolescentes							
Remédios análogos							
Nome	O que é?	Origem	Plano de atendimento mais adequado	Dependência	Riscos (prejuízo de saúde, de ambiente, qualidade e quantidade da subestância consumida)	Substituições (eventuais)	A longo prazo
Cocaína							
Cocaína							
Cocaína							
Nome	O que é?	Origem	Plano de atendimento mais adequado	Dependência	Riscos (prejuízo de saúde, de ambiente, qualidade e quantidade da subestância consumida)	Substituições (eventuais)	A longo prazo
Opregmentos análogos							
Exemplos análogos							
Nome	O que é?	Origem	Plano de atendimento mais adequado	Dependência	Riscos (prejuízo de saúde, de ambiente, qualidade e quantidade da subestância consumida)	Substituições (eventuais)	A longo prazo
Exemplos análogos							
Exemplos análogos							

Nome	O que é?	Drogas	Modo de administração mais frequentes	Dependência	Principais efeitos	Principais consequências (curto prazo)	Principais consequências (longo prazo)
LSD (ácido lisérgico)	Droga psicoativa que atua no sistema nervoso central, alterando a percepção da realidade.	Psicoativa	Oral	Não	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.
Substâncias voláteis	Droga psicoativa que atua no sistema nervoso central, alterando a percepção da realidade.	Psicoativa	Inaladas	Grande	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.	Alucinações, alterações de percepção, alterações de humor, alterações de percepção do tempo e do espaço.

Consequências reais do consumo de Drogas

Consequências Físicas	Consequências Psicológicas	Consequências Sociais
- Dano ao cérebro e ao corpo - Problemas cardíacos, respiratórios e hepáticos - Dependência química - Crise de ansiedade - Pânico de agitação (PTSD, Síndrome) - Síndrome de abstinência	- Ansiedade, depressão, paranoia - Perda de conexão social e pessoal - Distorção da realidade (alucinações) - Problemas de memória - Problemas de concentração	- Perda de estímulos na vida familiar - Queda no rendimento escolar - Problemas com a família - Isolamento e marginalização

"DROGA!" – Mitos VS Realidade

- Experimentar uma vez **NÃO** vicia. → Experimentar uma **ÚNICA** vez pode levar a uma sensação de prazer imediato, podendo levar a repetir o consumo que, por sua vez, pode causar dependência.
- 50** pessoas sem força de vontade, se → A dependência é uma doença complexa que envolve vários fatores, **não tem haver com força de vontade**, e sim, com o funcionamento do cérebro e a falta de apoio adequado.



"DROGA!" – Mitos VS Realidade

- O álcool e o tabaco **NÃO** são drogas. → São drogas **LEGIS** que **SE** podem tornar **PERSONAIS** e **CAUSAR DEPENDÊNCIA**.
- Fumar Cannabis **NÃO** vicia. → A Cannabis pode **causar dependência psicológica**, especialmente se o uso for recorrente e iniciado em idade precoce. Conduz muitas vezes ao aparecimento de doença mental, nomeadamente Esquizofrenia.
- O uso pessoal **NÃO** tem consequências legais. → Em Portugal, o consumo pessoal não é crime, **desde que se respeitem os limites legais estabelecidos**. **Seu uso de drogas tem uma consequência real: a perda da liberdade pessoal**. **Exceder esses limites poderá ser entendido como crime**.



"DROGA!" – CURIOSIDADES

- Portugal mantém-se entre os países da Europa com menor prevalência de consumo de drogas.
- A cannabis, é a substância ilícita mais consumida em Portugal, sobretudo entre os jovens (15 a 24 anos) e entre os 25 a 34 anos.
- Em 2021, ocorreram 81 mortes relacionadas com o consumo de drogas.
- No registo central de Portugal, registou-se um aumento do consumo de substâncias como a Cocaína, Ecstasy e Anfetaminas entre os jovens de 15 a 24 anos.
- Existe uma nova geração de drogas vendidas pela internet, muitas vezes comercializadas como "heroinas", "gatilhos" ou "vitaminas". As análises toxicológicas no laboratório de drogas, revelam conter substâncias altamente tóxicas (os metais pesados, pesticidas), que podem ser letais.



VÍDEO



"DROGA!" – Sem Filtros



Estratégias para Evitar o Consumo de Drogas

- Informa-te** (conhecimento é poder). Saber o que são as Drogas, os seus efeitos e riscos, ajuda-te a tomar decisões conscientes.
- Aprende a dizer "Não"**, com confiança. Treina formas simples e assertivas de recusar: "Não, obrigada, não me interessa!", "Já viestes os efeitos disso? Não quero arriscar".
- Modela-te** pessoas que te respeitem. Estar com amigos que não te pressionam, ou que partilham os teus valores, é o caminho para evitar situações de risco.
- Fala** com alguém de confiança. Se te sentires pressionado ou curioso sobre as drogas, fala com um adulto em quem confies.
- Ocupa** o teu tempo com coisas que gostes. Prática desporto, participa em atividades culturais, faz voluntariado.
- Ter um objetivo e sentir-se bem, reduz a vontade de procurar "lugar".



Estratégias para Evitar o Consumo de Drogas

Sabe o que fazes em situações de risco. Se alguém à tua volta estiver a consumir ou a oferecer drogas, mantém a calma e afasta-te da situação. Se necessário pede ajuda a um adulto.

Cuidado com as redes sociais. Evita normalizar o consumo que vês em vídeos, músicas ou influencers. Lembra-te: **MUITOS DOS QUE PROMOVEM DROGAS NÃO MOSTRAM AS CONSEQUÊNCIAS REAIS**.



Define os teus objetivos e valores. Reflete o que queres para o teu futuro "isto vale mesmo a pena?".

Reconhece os sinais de alerta. Fica atento a mudanças no teu comportamento ou dos teus amigos: isolamento; irritabilidade; desinteresse; faltas à escola; euforia.

Cuida da tua **SAÚDE MENTAL**. Ansiedade, stress, tristeza, são sentimentos normais. Encontra formas saudáveis de lidar com eles.

Falar com alguém de confiança é sempre a melhor escolha.

Uma palavra pequena com o poder de resolver grandes problemas



#TU DECIDES#



Apêndice III – Quiz "Dose certa de saber"



DOSE CERTA DE SABER

Um quiz para quem prefere a mente limpa e as ideias claras.

Bem-vindo/a!

Estás prestes a entrar num quiz diferente – sem moralismos, sem julgamentos. Aqui, o objetivo é simples: **dar-te a dose certa de conhecimento** sobre drogas, os seus efeitos, os mitos que andam por aí e as escolhas que realmente fazem a diferença.

Porque saber é poder. E quando o assunto é sério, a informação certa pode ser a tua melhor aliada.

Pronto/a para testar o que sabes (ou achas que sabes)?

Aviso: Este quiz pode causar efeitos secundários como clareza mental, riso espontâneo e vontade de fazer boas escolhas.

* Indica uma pergunta obrigatória

Aceder através de :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc9NOVDDwb_LIRd4ush15vTsmXPtBgP8fdZ0zL6WkUfoQ1uog/viewform?usp=header

Apêndice IV – Dinâmica de grupo “Semáforos das drogas”



Semáforos das Drogas

Regra do Jogo

Classifica-se cada questão de escolha binária (sim ou não) em relação ao nível de risco e consequências associadas ao uso de drogas sob o ponto de vista da saúde e do bem-estar pessoal e social.

Regulamentos do jogo:

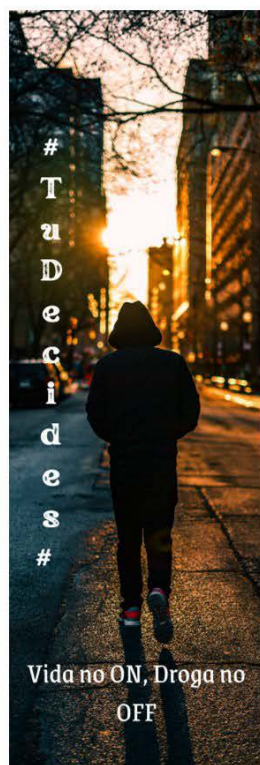
- As questões são colocadas no semáforo de acordo com o nível de risco.
- Os jogadores devem escolher a resposta correta (verde, amarelo ou vermelho) e justificar a escolha.
- Os jogadores devem responder a todas as questões.

Questões:

- 1) "Aceitar uma bebida de alguém que não conheço numa festa é seguro?"
- 2) "É normal experimentar uma substância só para 'curtir'?"
- 3) "Ir a uma festa onde sei que há drogas não é arriscado se eu não consumir?"
- 4) "Se os meus amigos consomem, também devo experimentar para me integrar?"
- 5) "Dizer 'não' pode afastar-me do grupo?"
- 6) "As drogas ajudam-me a relaxar e esquecer os problemas?"
- 7) "Aceitar bebida de alguém que esteve a consumir é tranquilo?"
- 8) "Pedir ajuda é sinal de fraqueza?"
- 9) "Se um amigo ficar mal após consumir, é melhor não contar a ninguém?"

Obrigado por Participar

Apêndice V – Marcador para livro “#TuDecides# - Vida no ON, Drogas no OFF”



Num mundo cheio de escolhas, cada decisão conta. Por vezes podes sentir-te pressionado a experimentar drogas, achando que é uma forma de te integrares, aliviares o stress ou pareceres mais “forte”. Mas a verdadeira força está em saber dizer **NÃO**.

Dizer “não” às drogas é dizer “sim” à tua liberdade, à tua saúde mental, aos teus sonhos. É escolher estar presente, lúcido e no controlo da tua vida. É mostrar que te valorizas e que tens coragem para seguir o teu próprio caminho, mesmo quando os outros te puxam para o outro lado.

Quando dizes NÃO às drogas, estás a dizer SIM à tua vida.
Estás a dizer SIM ao teu futuro.
Estás a dizer SIM a ti mesmo.

#TuDecides#. E a tua decisão faz toda a diferença.

Apêndice II – Artigo de opinião

Journal da Espirada
19 junho | 2025

saúde

PREVENÇÃO

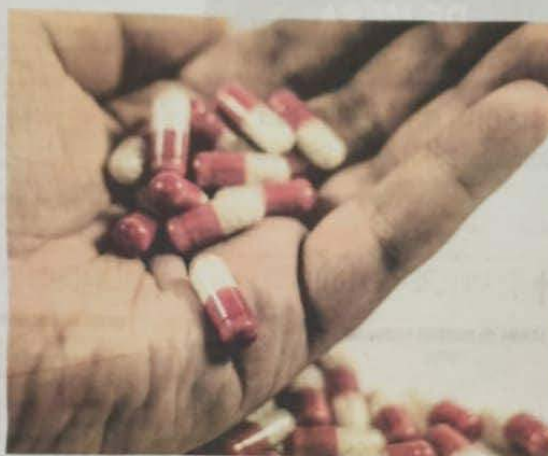
Olhar comunitário sobre as drogas

Desde há milhares de anos, o ser humano procura formas de alterar o seu estado emocional em busca do prazer, alívio da dor ou sofrimento, ou em rituais religiosos ou espirituais. O uso de substâncias psicoativas, vulgarmente conhecidas como drogas, acompanha a história da humanidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como "toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo".

É possível encontrar vários tipos de classificações para as drogas, mas aquele que é mais frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde, diferencia as drogas em drogas depressoras, estimulantes e alucinogénicas ou modificadoras. Esta definição inclui tanto drogas ilícitas, como a cannabis, heroína, cocaína, LSD entre outras, como substâncias lícitas, como o álcool, o tabaco e certos medicamentos usados sem orientação médica.

Segundo o Relatório Anual de 2023 do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), a média de idades de início do consumo de substâncias ilícitas em Portugal ronda os 14 a 15 anos. No caso do álcool, o seu início é ain-



da mais precoce. Aos 13 anos, cerca de 3% dos jovens já experimentaram alguma substância, número que sobe para 31% aos 18 anos. Esta tendência levanta sérios alertas. Quanto mais cedo se inicia o consumo, maior será o risco de dependência no futuro e de consequências a vários níveis, dos quais salientamos o abandono escolar, o aumento do risco de comportamentos delinquentes, problemas de saúde físico e mental, e a perda de sonhos e do potencial para um futuro saudável.

Os jovens encontram-se numa fase de transição e vulnerabilidade, marcada por intensas transforma-

ções físicas, emocionais e sociais, estão frequentemente expostos a influências externas e muitas vezes procuram afirmação e sentido de pertença, os pares representam grande influência nas suas decisões, o que pode aumentar o risco de experimentar substâncias psicoativas.

Portugal, continua a surgir como um dos países europeus com menor prevalência de consumo de drogas. A cannabis é identificada como a substância ilícita mais consumida em Portugal, sobretudo pelos mais jovens (em cada 4 jovens de 18 anos refere já ter consumido). Depois da

cannabis, surgem o ecstasy e a cocaína, onde se constata uma tendência de aumento dos consumos em particular na faixa etária dos 16 aos 18 anos. As regiões do Norte e Centro surgem com as prevalências maiores de consumo recentes e atuais, mais elevadas tanto nos 15 aos 24 anos como nos 15 aos 34 anos. Salienta-se que a região Centro, regista os aumentos mais expressivos do consumo recente de outras substâncias que não a cannabis, nos 15 aos 34 anos, nomeadamente de cocaína, ecstasy e anfetaminas.

Enquanto profissionais de saúde em especial na área de enfermagem comunitária, trabalhamos todos os dias junto das pessoas e das comunidades, com o objetivo de prevenir, educar e cuidar.

A prevenção do consumo de drogas começa na transmissão de informação clara e acessível, no desenvolvimento de competências pessoais e sociais desde a infância e no fortalecimento das redes de apoio junto das famílias, escolas, comunidades e instituições.

Ao longo dos últimos anos, Portugal tem sido apontado como um exemplo a nível internacional pela sua abordagem centrada na saúde pública e nos direitos humanos. A descriminalização

do consumo, associada a medidas de reinserção social, apoio psicológico e acompanhamento clínico, tem mostrado resultados positivos. Mas há ainda muito por fazer, sobretudo no que toca à prevenção nas faixas etárias mais jovens e no apoio continuado junto das comunidades mais vulneráveis.

Cada cidadão, cada família, cada instituição local tem um papel a desempenhar. Falar abertamente sobre drogas e adições é o primeiro passo. Educar, escutar, cuidar e incluir são os seguintes. Porque este não é um problema "dos outros". É uma realidade que atravessa todas as idades, todas as comunidades, todos os contextos.

Por fim, o apelo é simples, mas essencial, olhe-mos para as pessoas que consomem drogas com os olhos da saúde, e não com os olhos do preconceito.

A mudança começa em cada um de nós e é com pequenos gestos, com empatia e com informação, que podemos fazer a diferença na vida de alguém.

Carina Alexandra de Jesus
Tavares e Helena Isabel Almeida
Rodrigues

Enfermeiras e Especialistas de Medicina em
Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da
ESB e da Universidade de Évora. Especialistas
em Saúde Pública e Saúde Comunitária da
UNIC de Anadia - Unidade Local de Saúde de
Região de Aveiro (ULSRA)

Óptica *Quiriossaria
Relojoaria

Óptica Ruivo

PROMOÇÃO
Óculos de Sol

Av. Dr. João Pereira Pinto Nº 37
OLIVEIRA DO BAIRRO
234 742 896 - optica.ruivo@nosp.pt

optivisão

OPTICA PEREIRA

Optometria • Contactologia

Acordo de comparticipação direta com as seguradoras

multicare, meda, Allianz, Univas, RAP

Bustos 234 752 415 - 924 064 115 Anadia 231 512 131 - 963 700 501

geral.optica@optivisao.pt

Dr. ARLINDO VIDAL
MÉDICO DE MEDICINA GERAL
CP. 19.609

Centro Clínico São Geraldo
- Consultas por marcação

Telef: 234 745 260 • Telem: 910 249 108

GPS: 40.5120-8.4932

Rua Cândido dos Reis, 56
3770-209 OLIVEIRA DO BAIRRO

Apêndice III – Apresentação do estudo de investigação à equipa da UCC e outros parceiros locais em Plenário da Rede Social

Estudos de Investigação em Cuidadores Formais nas ERPI do Concelho de Anadia

Dois estudos complementares, elaborados no âmbito do relatório final de estágio em UCC e USP

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Escola Superior de Saúde de Viseu

Estudantes Carina Tavares e Helena Rodrigues
Orientação Clínica Enfermeira Mestre e Especialista Silvana Marques
Orientação Pedagógica Professora Doutora Ana Andrade

Outubro 2025

Contexto e Relevância do Estudo

Envelhecimento Demográfico

Portugal enfrenta um processo de envelhecimento crescente, com elevada procura por cuidados diferenciados e de longa duração. As ERPI emergem como uma resposta social, assumindo um papel central na promoção da qualidade de vida, dignidade e bem-estar dos residentes.

Desafios Profissionais

- **Elevada longevidade** → maior prevalência de doenças crónicas e multimorbididades;
- **Crescente grau de dependência dos residentes** → cuidados mais diferenciados e contínuos.

Necessidades de Evidência

A investigação científica local é fundamental para desenvolver estratégias específicas que respondam às necessidades das ERPI do concelho _____

Estudo 1: Burnout e Necessidades Formativas

Objetivo Principal

Investigar a relação entre as necessidades formativas auto-percebidas e os níveis de burnout nos cuidadores formais.

Dimensões Avaliadas:

- Burnout pessoal - exaustão geral
- Burnout relacionado com o trabalho
- Burnout relacionado com os residentes

Investigadora: Helena Isabel Almeida Rodrigues

Estudo 2: Sobrecarga e Encaminhamento para o Serviço de Urgência

Objetivo Principal

Analisar a relação entre a sobrecarga dos cuidadores formais e o encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência

Focos de Análise:

- Fatores de sobrecarga profissional
- Padrões de encaminhamento para urgência
- Correlação entre ambos os fenómenos



Investigadora: Carina Alexandra de Jesus Tavares



Ganhos Institucionais dos Estudos



Melhoria da Qualidade

Identificação de fatores que influenciam a qualidade dos cuidados, permitindo implementar estratégias direcionadas. Satisfação de residentes e famílias, reforçando a confiança na instituição.



Prevenção do Burnout e Sobrecarga

Desenvolvimento de intervenções que visem reduzir o risco de burnout e sobrecarga, promovendo o bem-estar dos profissionais, reduzindo a rotatividade e absentismo.



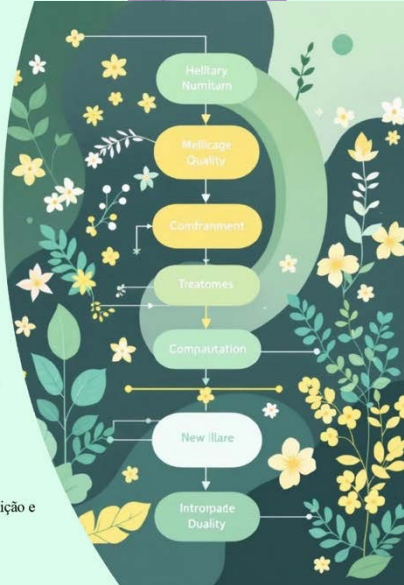
Redução de Custos

Maior capacidade de resposta interna, evitando encaminhamentos desnecessários (menor pressão sobre o Serviço de Urgência); Otimização dos Recursos Institucionais (melhor gestão de tempo e de meios).



Reconhecimento

Participação em investigação científica de qualidade que pode elevar o prestígio da instituição e facilitar futuras acreditações e parcerias.



Metodologia e Instrumentos

01

Questionário Sociodemográfico

Caracterização dos participantes através de questões estruturadas sobre dados pessoais e profissionais, respeitando rigorosamente a confidencialidade.

02

Copenhagen Burnout Inventory

Instrumento validado para a população portuguesa que mede as três dimensões do burnout de forma precisa e objetiva.

03

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) – adaptada a Cuidadores Formais por Gregório 2015 e Costa 2017

Instrumento adaptado da Escala de Zarit para cuidadores formais, que avalia de forma simples e rápida as dimensões: emocional, física, social da sobrecarga dos cuidadores, permitindo identificar profissionais em maior risco e orientar intervenções eficazes.





Metodologia e Instrumentos

04

Avaliação de Necessidades Formativas

Identificação das áreas prioritárias de formação percebidas pelos profissionais, permitindo desenhar planos formativos direcionados.

05

Questionário de Encaminhamento ao SU

Identificação dos fatores determinantes no encaminhamento dos residentes ao serviço de urgência.

Compromissos e Garantias



Ética e Confidencialidade

- Aprovação pela Comissão de Ética do IPV
- Consentimento informado de todos os participantes
- Anonimato absoluto dos dados
- Cumprimento rigoroso do RGPD



Impacto Mínimo na Rotina

- Questionários de preenchimento rápido (15-20 minutos)
- Aplicação em horário mais conveniente ao serviço
- Sem interferência nos cuidados aos residentes
- Flexibilidade de horários para os profissionais



Retorno de Resultados

- Apresentação dos resultados obtidos às instituições
- Sugestões práticas de melhoria

Parceria para a Excelência no Cuidado

Convite à Colaboração

Convidamo-lo a juntar-se a este projeto pioneiro que colocará as ERPI do concelho de Anadia na vanguarda da investigação em cuidados geriátricos em Portugal.

Contributo Científico

A vossa participação será fundamental para gerar conhecimento científico que beneficiará não só a vossa instituição, mas todo o setor dos cuidados à pessoa idosa.

Contactos e Próximos Passos

Estamos disponíveis para esclarecimentos adicionais e para agendar reuniões de apresentação mais detalhadas com as vossas equipas.



Gratas pela
Colaboração!



Apêndice IV – Projeto “Inverno Seguro na ERPI”



Inverno Seguro na ERPI

Sessão de Sensibilização para Cuidadores Formais - ERPI de



Objetivo

Promover a literacia em saúde dos cuidadores formais de ERPI, reforçando conhecimentos e práticas relacionadas com a prevenção de infeções respiratórias e a adoção de boas práticas durante o inverno.

Objetivos específicos:

- Avaliar o impacto de uma sessão de sensibilização sobre o “Inverno Seguro na ERPI” na literacia e sensibilização dos cuidadores formais.
- Capacitar os cuidadores formais para a adoção correta de medidas de prevenção de infeções respiratórias, reduzindo o risco de transmissão de doenças sazonais nos residentes.
- Orientar os profissionais quanto ao encaminhamento adequado dos residentes e de si próprios em caso de doença, contribuindo para a redução da pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Durante o período de inverno, observa-se um aumento significativo das infeções respiratórias e do agravamento de doenças crónicas em populações idosas institucionalizadas, colocando as ERPI em contextos de elevada vulnerabilidade. Este cenário, identificado através de um diagnóstico de situação, evidenciou a necessidade de reforçar a literacia em saúde dos cuidadores formais, enquanto agentes-chave na implementação de medidas preventivas, promovendo uma atuação consistente, fundamentada e alinhada com a evidência científica.

Metodologia

Foi realizada uma sessão de sensibilização presencial numa ERPI do concelho de Águeda, dirigida a cuidadores formais. A sessão abordou os seguintes temas:

- ❖ Prevenção de infeções respiratórias;
- ❖ Medidas de controlo da infeção;
- ❖ Importância da vacinação;
- ❖ Uso adequado de máscara e etiqueta respiratória;
- ❖ Higiene das mãos;
- ❖ Ventilação e conforto térmico.

Após a sessão, foi aplicado um **quiz online (Google Forms)** como instrumento de avaliação da aprendizagem e da perceção dos participantes relativamente à utilidade e aplicabilidade dos conteúdos abordados.

Discussão

Os resultados sugerem que a sessão de sensibilização teve impacto positivo na literacia em saúde dos cuidadores formais. A elevada pontuação média reforça a eficácia da metodologia utilizada e a pertinência da temática no contexto das ERPI. Estes dados validam a necessidade previamente identificada no diagnóstico de situação, demonstrando que a formação contínua é essencial para garantir práticas seguras e consistentes. A abordagem interativa e prática da sessão contribuiu para o envolvimento dos participantes, promovendo a reflexão sobre comportamentos e rotinas diárias que influenciam diretamente a prevenção de infeções respiratórias.

Relevância para a Saúde Pública

A intervenção “Inverno Seguro na ERPI” assume particular relevância no âmbito da Saúde Pública, enquadrando-se nas estratégias de prevenção primária e controlo da infeção em populações vulneráveis. À luz da evidência científica, a capacitação dos cuidadores formais contribui para a redução do risco de transmissão de infeções respiratórias em contexto institucional, promovendo ambientes mais seguros e protegendo a saúde coletiva. Estas ações reforçam o papel da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública na promoção da literacia em saúde, na mitigação de surtos sazonais e na otimização dos recursos do sistema de saúde.



Resultados

Participaram no quiz 13 cuidadores formais.

Pontuação média obtida: 9,08 / 10 pontos.



Os resultados evidenciam um elevado nível de compreensão dos conteúdos abordados. O feedback qualitativo revelou elevada satisfação e perceção de utilidade da sessão, destacando a clareza das informações e a aplicabilidade prática das orientações.

Implicações para a Prática de Enfermagem

A capacitação contínua dos cuidadores formais é fundamental para a promoção da segurança, prevenção da infeção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados em ERPI, especialmente durante o período de inverno.

A intervenção “Inverno Seguro na ERPI” reforça o papel do enfermeiro como educador em saúde, promotor de práticas seguras e agente de mudança, contribuindo para a sustentabilidade dos cuidados e para a proteção da população idosa institucionalizada.

Conclusão e Sugestões

A intervenção demonstrou ser relevante e eficaz, evidenciando ganhos na literacia em saúde e na adoção de boas práticas pelos cuidadores formais.

Sugestões:

- ✓ Reaplicação da formação noutras ERPI do concelho e da região.
- ✓ Adaptação da sessão para os residentes, considerando que esta população pode beneficiar da intervenção, apesar de frequentemente apresentar resistência ao cumprimento de medidas preventivas, como o uso de máscara, a etiqueta respiratória e a higiene das mãos.
- ✓ Implementação de sessões de reforço periódicas, especialmente antes do início do inverno.

Estudantes de Mestrado
Carina Tavares e Helena Rodrigues sob Orientação
Clínica da Enfermeira
Mestre e Especialista

Janeiro 2026

Inverno Seguro na ERPI

Estratégias de proteção e cuidados essenciais para residentes e profissionais durante a época de Inverno

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Escola Superior de Saúde de Viseu

Estudantes Carina Tavares e Helena Rodrigues
Orientação Clínica Enfermeira Mestre e Especialista Liliana Cunha
Orientação Pedagógica Professora Doutora Ana Andrade

Dezembro 2025

Desafios do Inverno nas ERPI

Riscos Climáticos

A exposição ao frio, especialmente durante períodos prolongados, representa uma ameaça significativa para a população idosa. As baixas temperaturas podem provocar o agravamento de doenças crónicas, descompensação de condições pré-existentes e lesões relacionadas com o frio.

Os grupos vulneráveis, incluindo idosos e pessoas com doenças crónicas, requerem atenção especial e medidas preventivas rigorosas durante esta época crítica do ano.

Agentes Infeciosos

Durante o inverno, observa-se uma maior circulação de agentes infecciosos respiratórios, nomeadamente os vírus da gripe e COVID-19. Esta sazonalidade aumenta significativamente o risco de transmissão em ambientes institucionais.

A combinação de temperaturas baixas, espaços fechados e proximidade entre residentes cria condições ideais para a propagação de infeções respiratórias, exigindo vigilância redobrada.

Vigilância e Monitorização da Saúde

Vigilância Respiratória

Monitorizar diariamente sinais e sintomas respiratórios em todos os residentes, com particular atenção a tosse, febre, dificuldade respiratória e alterações do padrão respiratório habitual.

Doenças Crónicas

Reforçar a vigilância clínica das patologias crónicas, identificando precocemente sinais de descompensação que possam estar relacionados com a exposição ao frio.

Contactos de Emergência

Em caso de alteração do estado de saúde: contactar médico assistente, Linha SNS 24 (808 24 24 24) ou 112 em situações de emergência.

Vacinação: Proteção Essencial



Campanha de Vacinação Ativa

A vacinação contra a gripe e COVID-19 representa uma das medidas mais eficazes na prevenção de doença grave e complicações respiratórias em idosos. A campanha de vacinação encontra-se atualmente em curso, sendo fundamental garantir a adesão máxima entre residentes e profissionais.

2

Vacinas Essenciais

Gripe e COVID-19

70%

Redução de Internamentos

Com vacinação completa

Ainda é possível vacinar: Os residentes e profissionais que ainda não receberam as vacinas podem fazê-lo. A proteção conferida é fundamental para reduzir hospitalizações e sobrecarga dos serviços de urgência.



Medidas Básicas de Controlo de Infecção



Máscara

Utilização obrigatória por residentes e colaboradores com sintomas respiratórios. Profissionais devem ser incentivados a usar máscara durante cuidados próximos aos residentes, independentemente de sintomas.



Etiqueta Respiratória

Tossir ou espirrar para o cotovelo ou lenço descartável, seguido de eliminação imediata e higienização das mãos. Evitar tocar na face com as mãos não higienizadas.



Higiene das Mãos

Lavagem frequente e correta das mãos com água e sabão ou desinfecção com solução antisséptica de base alcoólica. Momento crucial: antes e após contacto com residentes.



Distanciamento Físico

Manter distância adequada quando possível, especialmente em situações de sintomas respiratórios. Evitar ambientes fechados e aglomerações desnecessárias.



Gestão de Visitas e Proteção de Residentes

Triagem de Visitantes

As visitas devem ser informadas de que não devem frequentar a instituição caso apresentem sinais de infeção respiratória aguda, incluindo tosse, febre, dor de garganta ou congestão nasal.

Alternativas de Contacto

Disponibilizar formas alternativas de comunicação com familiares residentes, como videochamadas ou chamadas telefónicas, para garantir o contacto afetivo mantendo a segurança dos residentes.

Medidas Durante as Visitas

- Utilização de máscara recomendada;
- Higienização das mãos antes e após contacto com residentes;
- Disponibilização de solução antisséptica de base alcoólica em pontos estratégicos;
- Orientação sobre práticas seguras de contacto.

Hidratação e Nutrição Adequadas

Importância da Hidratação



Durante o inverno, os idosos apresentam frequentemente diminuição da sensação de sede, aumentando o risco de desidratação. Esta condição pode agravar doenças crônicas e comprometer a função renal e cardiovascular.

Oferta Regular de Líquidos

Disponibilizar água e outros líquidos aos residentes regularmente ao longo do dia, mesmo na ausência de queixa de sede.

Monitorização

Registrar a ingestão de líquidos e estar atento a sinais de desidratação como boca seca, confusão mental ou diminuição da diurese.

Variedade

Oferecer diferentes opções: água, chás mornos, sopas e caldos nutritivos que contribuam simultaneamente para hidratação e aquecimento.



Alimentação Reforçada

Garantir refeições equilibradas e nutritivas, ricas em vitaminas e minerais que fortalecem o sistema imunitário. Alimentos quentes ajudam na manutenção da temperatura corporal.



Ambiente Seguro e Confortável

Conforto Térmico

Temperatura ideal: 18°C - 21°C

Manter os espaços aquecidos dentro desta amplitude térmica é fundamental para prevenir hipotermia e descompensação de doenças crônicas. Verificar regularmente a temperatura ambiente em todos os espaços da instituição.

Ventilação e Arejamento

Promover o arejamento e ventilação natural dos espaços interiores sempre que as condições meteorológicas permitam. A renovação do ar reduz a concentração de agentes infecciosos, mas deve ser equilibrada com a manutenção do conforto térmico.

Limpeza e Desinfecção

Reforçar protocolos de limpeza e desinfecção, com especial atenção a superfícies de contacto frequente: corrimãos, interruptores, puxadores de portas, mesas, cadeiras e equipamentos partilhados. Utilizar produtos adequados e seguir as recomendações técnicas.

Equipamentos de Proteção Individual



Utilização Adequada de EPI

Os colaboradores devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual adequados ao tipo de cuidados prestados, seguindo rigorosamente os protocolos institucionais e as recomendações das autoridades de saúde.

01

Avaliação do Risco

Identificar o tipo de contacto e procedimento a realizar

02

Seleção do EPI

Escolher máscara, luvas, bata e proteção ocular conforme necessário

03

Colocação Correta

Seguir sequência adequada de colocação dos equipamentos

04

Remoção Segura

Retirar EPI sem contaminar-se, seguido de higiene das mãos





Prevenir para Proteger

A implementação rigorosa destas medidas de prevenção e controlo de infeção é fundamental para a proteção da saúde dos residentes e profissionais das ERPI.

Vigilância Contínua

Monitorização ativa do estado de saúde e identificação precoce de alterações

Medidas Preventivas

Aplicação consistente das práticas de controlo de infeção e proteção individual

Ambiente Seguro

Manutenção de condições adequadas de temperatura, ventilação e limpeza

Compromisso Coletivo

Colaboração de profissionais, residentes, familiares e visitantes na proteção de todos

Juntos, podemos garantir um inverno mais seguro e saudável nas nossas instituições, protegendo aqueles que mais necessitam dos nossos cuidados.

Referências Bibliográficas

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012, de 29 de dezembro (atualizada a 31 de outubro de 2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. DGS.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029.2012%20ACT.10.2013.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2025). Norma n.º 004/2025, de 09 de setembro (atualizada a 26 de novembro de 2025). *Vacinação sazonal contra a gripe e a COVID-19: Procedimentos Específicos*. DGS.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0092025-de-09092025-atualizada-a-26112025-campanha-de-vacinacao-sazonal-contr-a-gripe-outono-inverno-2025-2026-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2025). Norma n.º 009/2025, de 09 de setembro (atualizada a 26 de novembro de 2025). *Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe: Outono-Inverno 2025-2026*. DGS.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042025-de-09092025-atualizada-a-26112025-vacinacao-sazonal-contr-a-gripe-e-a-covid-19-procedimentos-especificos-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2025). Norma n.º 010/2025, de 09 de setembro (atualizada a 26 de novembro de 2025). *Estratégia de Vacinação contra a COVID-19: Esquema Vacinal Primário e Campanha de Vacinação Sazonal Outono-Inverno 2025-2026*. DGS.

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102025-de-09092025-atualizada-a-26112025-estrategia-de-vacinacao-contr-a-covid-19-esquema-vacinal-primario-e-campanha-de-vacinacao-sazonal-outono-inverno-2025-2026-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2025). *Saúde sazonal: inverno e saúde - plano de contingência para temperaturas extremas adversas*. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-sazonal-inverno-saude-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde 24. (atualizado a 15 de abril de 2025). *Prevenção de infeções respiratórias*. SNS 24.

<https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/prevencao-de-infecoes-respiratorias>



Gratas pela Atenção!

Quiz online (Google Forms)



QRcode : Quiz

Ace
<https://g/view>

Folheto

Proteja OS RESIDENTES. PROTEJA-SE TAMBÉM

AMBIENTE SEGURO

- Temperatura entre 18°C e 21°C;
- Ventilação adequada;
- Reforço da limpeza.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Selecionar EPI conforme procedimento.
- Colocação e remoção seguras.
- Higienizar mãos após retirar EPI.

**Cuidar de Todos é
Responsabilidade de Cada Um.**

Inverno seguro na ERPI



ENTRE EM CONTATO

- Reforço da vigilância do estado de saúde, em especial sintomatologia respiratória e vigilância clínica das doenças crónicas. Caso se verifique alteração do estado de saúde, deve ser contactado o médico assistente, Linha SNS 24 (808 24 24 24) ou 112 (em caso de emergência);



INVERNO SEGURO NA ERPI

*Cuidar de forma holística, com
foco nos mais vulneráveis.*



Riscos DO INVERNO

- BAIXAS TEMPERATURAS AUMENTAM O RISCO DE AGRAVAMENTO DE DOENÇAS CRÓNICAS.
- MAIOR CIRCULAÇÃO DE VÍRUS RESPIRATÓRIOS (GRIPE, COVID-19);
- IDOSOS ESTÃO ESPECIALMENTE VULNERÁVEIS.



VIGILÂNCIA DA SAÚDE

- Monitorizar tosse, febre, dificuldade respiratória e alterações do estado geral.
- Atenção às doenças crónicas.

VACINAÇÃO = PROTEÇÃO

- Gripe e COVID-19;
- Reduz risco de doença grave e internamento.



CUIDADOS

MEDIDAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

- Uso de máscara em caso de sintomas;
- Higiene frequente das mãos.
- Tossir/espirar para o cotovelo ou lenço.
- Evitar visitas com sintomas.

VISITAS SEGURAS

- Higienizar mãos antes e depois;
- Uso de máscara recomendado;
- Alternativas: videochamadas.

HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO

- Oferecer líquidos ao longo do dia.
- Sopas, chás, caldos.
- Alimentação equilibrada fortalece o sistema imunitário.



Infografia

INVERNO SEGURO NA ERPI

Proteção essencial para residentes, profissionais e famílias

DESAFIOS DO INVERNO



Baixas temperaturas:

Aumentam o risco de agravamento de doenças crónicas.



Vírus respiratórios:

Maior circulação de gripe e COVID-19.



Idosos vulneráveis:

Maior risco de complicações e infeções.

VACINAÇÃO=PROTEÇÃO



Vacinas essenciais -

Gripe e COVID-19:

Reduz internamentos, doença grave e surtos.



Recomendada para:

Residentes, profissionais, visitantes.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE



Monitorizar:

Sintomatologia respiratória e vigilância clínica das doenças crónicas.



Reduz:

Internamentos, doença grave e surtos.



Em caso de alteração contactar:

Médico Assistente;
SNS 24 – 808 24 24 24;
112 em Emergência.

MEDIDAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO



Higienização das Mãos:

Simple, rápido e eficaz.



Etiqueta Respiratória:

Tossir/espirrar para o cotovelo ou lenço.



Limpeza e Desinfecção Reforçada:

Dos espaços, com especial atenção para os equipamentos e superfícies frequentemente utilizadas.

VISITAS SEGURAS



Higienização das mãos:

Antes e depois da visita.



Uso de Máscara Recomendado.



Alternativa:

Videochamadas quando necessário.

HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO



Oferecer sopas, chás e caldos:

Aquecem e hidratam.



Oferecer líquidos:

Regularmente, mesmo sem sede.

**Cuidar de Todos é
Responsabilidade de Cada Um!**

AMBIENTE SEGURO



Temperatura ideal:

18°C a 21°C.



Arejamento e ventilação dos espaços:

Regularmente, sem comprometer o conforto térmico.



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Apêndice V – Instrumento de colheita de dados



Questionário aos Cuidadores Formais das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) do concelho de

Caro Cuidador Formal,

Chamo-me Carina Tavares, sou aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Encontro-me a desenvolver o meu Relatório Final, sob a orientação da Professora Doutora Ana Andrade e da Enfermeira Especialista e Mestre , cujo estudo visa caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional, identificar as necessidades formativas auto percebidas e avaliar os níveis de sobrecarga percebida em cuidadores formais que desempenham funções em ERPI do concelho de , bem como analisar a sua relação com o encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência (SU).

Venho, desta forma e por este meio, solicitar a sua colaboração no preenchimento do presente questionário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, não existindo respostas certas ou erradas. É importante responder a todas as questões, de acordo com a sua experiência e opinião. As respostas são totalmente **anónimas** e serão apenas analisadas pela equipa de investigação, sendo garantida a **confidencialidade de todos os dados**.

No âmbito deste estudo, o processo de recolha de dados será conduzido com total respeito pelos princípios éticos da investigação científica, salvaguardando o anonimato, a confidencialidade e a voluntariedade da participação. O consentimento informado será apresentado e assinado antes da entrega do questionário. O participante terá a possibilidade de ler e esclarecer qualquer dúvida antes de assinar o documento.

Após a assinatura do consentimento e após o preenchimento do questionário, ambos os documentos serão colocados em envelopes separados e devidamente selados pelo próprio participante, de forma a impedir qualquer associação direta entre ambos. Os envelopes serão depositados numa caixa específica disponibilizada na instituição, sendo a recolha realizada **exclusivamente pela investigadora** responsável, sem qualquer mediação ou envolvimento de chefias, direção ou outros elementos hierárquicos da instituição.

Importa ainda salientar que a participação é totalmente autónoma, sendo o preenchimento do questionário realizado sem qualquer supervisão hierárquica ou institucional, assegurando-se assim a livre decisão do participante e eliminando qualquer possibilidade de coerção direta ou indireta.

Após a análise dos dados, os questionários serão destruídos de forma segura por trituração mecânica (corte cruzado), garantindo a não identificação dos participantes.

A sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento deste estudo e constitui um contributo importante para o conhecimento científico e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas ERPI.

Agradeço, desde já, a sua participação e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Tavares (pv29667@essv.ipv.pt)



I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Género 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	
2. Idade _____ anos	
3. Qual a sua Nacionalidade? 1 ☐ Portuguesa 2 ☐ Outra, Qual? _____	
4. Estado Civil 1 ☐ Solteiro/a 2 ☐ Casado/a 3 ☐ Divorciado/a ou Separado/a 4 ☐ Viúvo/a 5 ☐ União de facto	
5. Tem filhos 1 ☐ Não 2 ☐ Sim Se Sim, quantos tem? _____ filho (s)	
6. Tem outros dependentes a seu cargo? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim 6.1. Se respondeu “Sim”, indique o grau de parentesco e quantos (pode seleccionar mais do que uma opção): 1 ☐ Filhos 2 ☐ Netos 3 ☐ Pais 4 ☐ Avós 5 ☐ Outros (especificar): _____ Número total de dependentes: _____	
7. Qual o seu nível de escolaridade 1 ☐ Não sabe ler nem escrever 2 ☐ Sabe ler e escrever 2º Ciclo do ensino básico (5º-6º ano) 3 ☐ 1º Ciclo do ensino básico (1º- 4ºAno/Antiga 4ª Classe)	



4 ☐ 2º Ciclo do ensino básico (5º- 6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório) 5 ☐ 3º Ciclo do ensino básico (7º- 9º Ano/Curso Geral dos Liceus) 6 ☐ Ensino Secundário (10º- 12º Ano/ Curso Complementar dos Liceus) 7 ☐ Curso técnico-profissional ou equivalente 8 ☐ Bacharelato/Licenciatura 9 ☐ Mestrado/Doutoramento
8. Qual a sua área de residência? 1 ☐ Rural 2 ☐ Urbana
9. Distância ao local de trabalho: 1 ☐ A uma distância possível de ir a pé 2 ☐ Até 10 minutos de carro/autocarro 3 ☐ Até 30 minutos de carro/autocarro 4 ☐ Até 1 hora de carro/autocarro 5 ☐ A mais de 1 hora de carro/autocarro
10. Tem alguma doença ou incapacidade? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim Se Sim, Qual(ais)? _____
II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO
11. Categoria Profissional _____
12. Funções desempenhadas na Instituição: _____
13. Qual o seu tipo de contrato? 1 ☐ Contrato de trabalho a termo certo 2 ☐ Contrato sem termo 3 ☐ A Termo Incerto 4 ☐ Trabalho temporário 5 ☐ Contrato de trabalho de muita curta duração (até 35 dias) 6 ☐ Prestação de serviços 7 ☐ Contrato de trabalho a tempo parcial



14. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes) 1 ☐ Menos de um ano 2 ☐ Entre 1 e 5 anos 3 ☐ Entre 5 e 10 anos 4 ☐ Mais de 10 anos
15. Quantas horas trabalha por semana? _____
16. Trabalha por turnos? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
17. No último ano faltou ao serviço? 1 ☐ Nunca/raramente 2 ☐ Algumas vezes 3 ☐ Bastantes vezes
18. Se pudesse, mudaria de profissão? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
19. Tem outra atividade profissional? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
20. Realizou formação profissional na área da gerontologia/geriatria antes de vir trabalhar para esta Instituição? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
21. A Instituição em que trabalha disponibiliza formação contínua? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
22. Qual(ais) área(s) em que tem formação? 1 ☐ Processo de envelhecimento 2 ☐ Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho (equipamento de proteção individual...) 3 ☐ Primeiros Socorros 4 ☐ Cuidados humanos básicos (higiene...)



5 ☐ Cuidados específicos de saúde (oxigenoterapia, nebulizações, Bipap...) 6 ☐ Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência 7 ☐ Gestão terapêutica 8 ☐ Prevenção de úlceras de pressão/feridas 9 ☐ Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas de deglutição...) 10 ☐ Necessidades de sono 11 ☐ Prevenção de riscos e acidentes (quedas, má nutrição, desidratação, obstipação/diarreia, incontinência, infecção urinária...) 12 ☐ Higienização e conforto (limpeza e arrumação dos espaços, tratamento de roupa...) 13 ☐ Saúde Mental (depressão, demência...) 14 ☐ Sexualidade 15 ☐ Animação e lazer 16 ☐ Morte (cuidados em fase terminal, luto...) 17 ☐ Gestão emocional 18 ☐ Outros. Quais? _____
23. Das áreas acima identificadas, qual(ais) sente necessidade de ter formação? _____ _____.
24. Considera que a formação que tem é <u>adequada</u> para realizar as suas funções? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
25. Considera que a formação que tem é <u>suficiente</u> para realizar as suas funções? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
26. Tem o hábito de procurar formação na área do envelhecimento e prestação de cuidados de saúde? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
27. Costuma ler ou pesquisar sobre temas relacionados com a sua área de trabalho? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim
28. Costuma trocar ideias/experiências com outros profissionais? 1 ☐ Não 2 ☐ Sim

III PARTE – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (Sequeira, 2010)

Versão adaptada da ESC à realidade do cuidador formal (Gregório, 2015; Costa, 2017)

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

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

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente-se competente para cuidar das pessoas de quem cuida.					
2	Sente-se capaz de ajudar as pessoas de quem cuida.					
3	Considera que consegue lidar bem com os cuidados a prestar.					
4	Considera que tem conhecimentos adequados para cuidar.					
5	Sente-se satisfeito/a com o seu desempenho como cuidador/a.					
6	Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam.					
7	Considera que devido ao tempo que dedica às pessoas de quem cuida já não dispõe de tempo suficiente para realizar outras tarefas da sua função na instituição.					
8	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar e ainda tem outras tarefas por fazer.					
9	Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipa.					
10	Sente-se esgotado/a quando tem de estar junto às pessoas de quem cuida.					
11	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa.					
12	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido às pessoas que tem de cuidar.					
13	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador.					
14	Sente-se pouco à vontade em estabelecer relações sociais devido às pessoas que tem de cuidar.					
15	Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho.					
16	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador/a.					
17	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento das pessoas de quem cuida.					



18	Sente-se irritado/a quando está junto às pessoas de quem cuida.					
19	Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo.					
20	Desejaria poder entregar as pessoas de quem cuida aos cuidados de outra pessoa.					
21	Sente-se inseguro/a acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida.					
22	Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho.					

Fonte: Costa (2017)
 (Utilizado com autorização para fins académicos)



IV PARTE – QUESTIONÁRIO DE FATORES DETERMINANTES DO ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA (QFESU)

Este questionário pretende recolher informações sobre a experiência e perceções dos cuidadores formais relativamente ao encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência (SU). Não existem respostas certas ou erradas. Responda de forma honesta, de acordo com a sua experiência. Todas as respostas são confidenciais e anónimas.

Instrução: Assinale com um X a opção que melhor descreve a sua experiência ou opinião em cada pergunta.

1. Qual das seguintes opções melhor descreve a sua experiência com encaminhamento de residentes ao SU, nos últimos 12 meses?

- 1.1. ☐ Encaminhei diretamente residentes ao SU
- 1.2. ☐ Apoiei colegas em encaminhamentos ao SU (indiretamente envolvido)
- 1.3. ☐ Nunca estive envolvido em encaminhamentos ao SU

(Nota: se escolher “Nunca”, pode responder às restantes perguntas com base na sua perceção ou opinião)

2. Com que frequência esteve envolvido em encaminhamentos de residentes ao SU nos últimos 12 meses?

- 2.1. ☐ Nunca
- 2.2. ☐ Pouco frequente
- 2.3. ☐ Às vezes
- 2.4. ☐ Muito frequente
- 2.5. ☐ Frequentemente

3. Independentemente do seu envolvimento direto, sente-se preparado(a) para lidar com situações que possam exigir encaminhamento ao SU?

- 3.1. ☐ Nada preparado/a
- 3.2. ☐ Pouco preparado/a
- 3.3. ☐ Preparado/a
- 3.4. ☐ Muito preparado/a
- 3.5. ☐ Totalmente preparado/a

4. Indique o grau em que cada motivo influenciou ou acha que pode influenciar o encaminhamento do residente ao serviço de urgência.

Item	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	NA
4.1. Estava física ou emocionalmente esgotado/a no momento do encaminhamento					
4.2. Havia poucos profissionais disponíveis no turno					
4.3. O envio poderia ter sido evitado se houvesse mais apoio no local					
4.4. Não havia médico/enfermeiro disponível para avaliar o caso					
4.5. Senti que não tinha formação suficiente para lidar com a situação					
4.6. Senti insegurança e preferi encaminhar para evitar riscos					
4.7. Fui orientado/a a enviar sempre em situações de dúvida					
4.8. Pressão da família ou responsáveis					
4.9. Dificuldade de comunicação com outros profissionais					
4.10. Medo de responsabilização legal					
4.11. Complexidade clínica do residente (ex.: várias comorbilidades)					
4.12. Sintomas agudos ou súbitos (ex.: dor, febre, alteração súbita do estado de consciência)					
4.13. Indisponibilidade de equipamentos ou recursos técnicos na instituição					
4.14. Dificuldade em contactar os serviços de saúde locais (ex.: centro de saúde, SNS24)					
4.15. Experiências anteriores negativas com a gestão interna de situações semelhantes					
4.16. Cultura institucional de encaminhamento precoce					
4.17. Falta de tempo para avaliação adequada antes da decisão de encaminhar					



5. Indique o grau em que considera que este apoio poderia ter evitado o encaminhamento do residente ao serviço de urgência.

Item	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	NA
5.1. Mais profissionais na equipa					
5.2. Supervisão direta de enfermeiro ou médico					
5.3. Capacitação/formação específica					
5.4. Linha direta de orientação com profissionais de saúde					
5.5. Protocolos de atuação internos					
5.6. Existência de espaço promotor de bem-estar dos cuidadores					

O preenchimento do formulário terminou.

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice VI – Declaração de Consentimento Informado



Declaração de Consentimento Informado

Caro Cuidador Formal,

A Escola Superior de Saúde de Viseu está a desenvolver uma investigação intitulada *“Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: contributos da conceção à implementação”*.

Este estudo visa avaliar a sobrecarga percebida e a literacia em saúde dos cuidadores formais de ERPI, identificar lacunas formativas e relacionar a sobrecarga com os encaminhamentos de residentes ao Serviço de Urgência. Pretende-se identificar fatores que influenciem a qualidade dos cuidados e áreas prioritárias de intervenção, contribuindo para estratégias baseadas em evidência que reforcem a satisfação de residentes e famílias, aumentem a confiança institucional, otimizem recursos e promovam maior eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde.

Para isso precisamos da sua ajuda através da participação no presente estudo. A sua participação é completamente anónima, informada e voluntária, decorre sem qualquer envolvimento ou supervisão hierárquica, assegurando uma participação autónoma e sem qualquer forma de coerção institucional.

Antes de preencher o questionário, será solicitado que assine o consentimento informado. Serão preparadas duas vias do consentimento: uma via será depositada pelo participante em um envelope selado e separado do questionário, garantindo a impossibilidade de associação direta entre ambos; a outra será entregue imediatamente ao participante, que poderá conservá-la para sua referência pessoal. Ambos os documentos, assim como o questionário, deverão ser colocados pelo participante em envelopes separados e selados e depositados numa caixa própria existente na instituição, que será recolhida exclusivamente pela investigadora responsável.

Todos os dados reunidos serão armazenados de forma segura, com acesso restrito à investigadora responsável. Os documentos físicos serão inicialmente armazenados numa caixa fechada e lacrada na residência da investigadora e, posteriormente, transferidos para um armário fechado de acesso exclusivo à investigadora até à digitalização. Após digitalização e validação dos dados, todos os dados em formato de papel serão destruídos por trituração mecânica (corte cruzado), garantindo a não identificação dos participantes. Os ficheiros digitais serão utilizados exclusivamente para fins científicos e mantidos apenas durante o período necessário à análise e divulgação dos resultados, sendo posteriormente eliminados de forma definitiva.

Os dados recolhidos no pré-teste destinam-se exclusivamente à validação do instrumento, não serão incluídos na análise final e serão destruídos após a sua conclusão.

Mais informo que poderá desistir a qualquer momento se essa for a sua vontade, sem que daí advinha qualquer prejuízo ou penalização.

Parte declarativa dos investigadores

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Expliquei que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo. Informe-i e sublinhei que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e anónimos e serão destruídos imediatamente após a publicação. Forneci o meu contacto para poder esclarecer qualquer dúvida adicional que surja.



Nome legível do investigador: Carina Alexandra de Jesus Tavares

Contato institucional do investigador responsável: 232 219 100; email (pv29667@essv.ipv.pt).

Nome legível do Docente e orientador científico: Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade

Contato institucional do Docente e orientador científico: 232 219 100; email (aandrade@essv.ipv.pt).

Nome legível do Orientador clínico: Enfermeira Mestre e Especialista

Contato institucional do Orientador científico: 231 519 609; email

À Pessoa

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela/s pessoa/s que assina/m este documento. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas obtive resposta esclarecedora, tendo-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Foi-me ainda garantida a destruição dos dados imediatamente após a publicação dos mesmos.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária concordo fornecer, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

.../.../... (data)

Assinatura

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE OU POR NÃO SABER ASSINAR (Cf. Artigo 373.º do Código Civil e Art.º 51º do Código do Notariado))

NOME:

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º DATA OU VALIDADE /..... /.....

.....

Assinatura a rogo

.....

Impressão digital

Qualquer dúvida ou esclarecimento relativo à proteção de dados deverá ser encaminhada para dpo@sc.ipv.pt

Nota: Este documento tem 2 páginas e é feito em duas vias – uma para o processo/estudo e outra para ficar na posse de quem consente

Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados – QFESU (Pré-teste)



Questionário de Fatores Determinantes do Encaminhamento ao Serviço de Urgência (QFESU) – Pré Teste

Este questionário pretende recolher informações sobre a experiência e perceções dos cuidadores formais relativamente ao encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência (SU). Não existem respostas certas ou erradas. Responda de forma honesta, de acordo com a sua experiência. Todas as respostas são confidenciais e anónimas.

Instrução: Assinale com um **X** a opção que melhor descreve a sua experiência ou opinião em cada pergunta.

1. Qual das seguintes opções melhor descreve a sua experiência com encaminhamento de residentes ao SU, nos últimos 12 meses?

- 1.1. ☐ Encaminhei diretamente residentes ao SU
- 1.2. ☐ Apoiei colegas em encaminhamentos ao SU (indiretamente envolvido)
- 1.3. ☐ Nunca estive envolvido em encaminhamentos ao SU

(Nota: se escolher “Nunca”, pode responder às restantes perguntas com base na sua percepção ou opinião)

2. Com que frequência esteve envolvido em encaminhamentos de residentes ao SU nos últimos 12 meses?

- 2.1. ☐ Nunca
- 2.2. ☐ Pouco frequente
- 2.3. ☐ Às vezes
- 2.4. ☐ Muito frequente
- 2.5. ☐ Frequentemente

3. Independentemente do seu envolvimento direto, sente-se preparado(a) para lidar com situações que possam exigir encaminhamento ao SU?

- 3.1. ☐ Nada preparado/a
- 3.2. ☐ Pouco preparado/a
- 3.3. ☐ Preparado/a
- 3.4. ☐ Muito preparado/a
- 3.5. ☐ Totalmente preparado/a

4. Indique o grau em que cada motivo influenciou ou acha que pode influenciar o encaminhamento do residente ao serviço de urgência.

Item	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	NA
4.1. Estava física ou emocionalmente esgotado/a no momento do encaminhamento					
4.2. Havia poucos profissionais disponíveis no turno					
4.3. O envio poderia ter sido evitado se houvesse mais apoio no local					
4.4. Não havia médico/enfermeiro disponível para avaliar o caso					
4.5. Senti que não tinha formação suficiente para lidar com a situação					
4.6. Senti insegurança e preferi encaminhar para evitar riscos					
4.7. Fui orientado/a a enviar sempre em situações de dúvida					
4.8. Pressão da família ou responsáveis					
4.9. Dificuldade de comunicação com outros profissionais					
4.10. Medo de responsabilização legal					
4.11. Complexidade clínica do residente (ex.: várias comorbilidades)					
4.12. Sintomas agudos ou súbitos (ex.: dor, febre, alteração súbita do estado de consciência)					
4.13. Indisponibilidade de equipamentos ou recursos técnicos na instituição					
4.14. Dificuldade em contactar os serviços de saúde locais (ex.: centro de saúde, SNS24)					
4.15. Experiências anteriores negativas com a gestão interna de situações semelhantes					
4.16. Cultura institucional de encaminhamento precoce					
4.17. Falta de tempo para avaliação adequada antes da decisão de encaminhar					



5. Indique o grau em que considera que este apoio poderia ter evitado o encaminhamento do residente ao serviço de urgência.

Item	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	NA
5.1. Mais profissionais na equipa					
5.2. Supervisão direta de enfermeiro ou médico					
5.3. Capacitação/formação específica					
5.4. Linha direta de orientação com profissionais de saúde					
5.5. Protocolos de atuação internos					
5.6. Existência de espaço promotor de bem-estar dos cuidadores					

No final deste questionário, gostaria de saber a sua opinião sobre o mesmo. Por favor, responda à questão abaixo da forma mais completa possível.

“Tem alguma sugestão ou comentário sobre este questionário? Em particular houve alguma questão que tenha considerado pouco clara, ambígua, difícil de responder ou que pudesse ser melhorada?”

O preenchimento do formulário terminou.

Obrigada pela sua colaboração.

Anexos

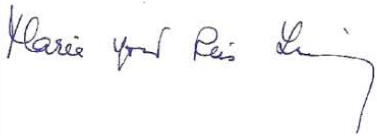
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética do IPV de autorização para realização do estudo



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Impacto da sobrecarga dos cuidadores formais no encaminhamento de residentes ao Serviço de Urgência em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: estudo no concelho de [redacted]
Proponentes do projeto	Carina Alexandra de Jesus Tavares
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Ana Andrade
Data de submissão	21/10/2025
Data da aprovação do parecer	27/11/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 51/SUB/2025

☒ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações

Anexo II – Autorização da utilização dos instrumentos de colheita de dados pelos autores



Helena Figueiredo
Para Você

2/10



Questionário Cuidadores Formais
PDF - 396 KB



Bom dia, cara Carina,

Declaro que autorizo a utilização do **Questionário aos Cuidadores Formais das Estruturas Residenciais para Idosos do concelho de Sátão**, enviado em anexo, para a caracterização sociodemográfica, profissional e de formação, solicitando apenas que seja feita a respetiva citação enquanto fonte bibliográfica.

Desejo-lhe um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,
Helena Figueiredo

...

De: Débora Costa <debora20_costa@hotmail.com>

Data: quarta-feira, 8 de outubro de 2025 às 14:30

Para: Carina, Alexandra de Jesus Tavares

<pv29667@essv.ipv.pt>

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização da ESC adaptada

Boa tarde,

Espero que se encontre bem.

Como falado, têm a minha autorização para usar a escala no seu estudo.

Votos de um excelente trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Débora Costa

Enviado de [Outlook para Android](#)

From: Carina, Alexandra de Jesus Tavares

<pv29667@essv.ipv.pt>

Sent: Monday, October 6, 2025 12:16:54 AM

To: debora20_costa@hotmail.com

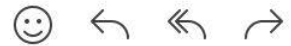
<debora20_costa@hotmail.com>

Subject: Pedido de autorização para utilização da ESC adaptada

Exma. Dra. Débora Gregório Costa,



Autorização para a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit



✕ carlossequeira@esenf.p...

sexta-feira, 3 de outubro de 2025...

Para: ✕ Carina, Alexandra de Jesus Tavares



Transferir Tudo • Pré-visualizar Tudo

🚩 Esta mensagem está sinalizada para dar seguimento.

Marcar como Concluído

Geralmente, você não recebe emails de carlossequeira@esenf.pt. [Saiba por que isso é importante](#)

Estimada Carina Tavares

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na integra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Carlos Sequeira

Re:**Joana Gregorio <joana...**

domingo, 12 de outubro de 2025 à...

Para:  Carina, Alexandra de Jesus Tavares Esta mensagem está sinalizada para dar seguimento.[Marcar como Concluído](#)

Está autorizada a usar.

Boa sorte!

Melhores Cumprimentos

Joana Gregório

A domingo, 12/10/2025, 21:28, Carina, Alexandra de Jesus Tavares
<pv29667@essv.ipv.pt> escreveu:

muito agradecida

O que necessito é uma autorização oficial sua via email

Para utilização dos instrumentos utilizados no seu estudo para
poder aplicar no meu para efeitos académicos

Enviado a partir do [Outlook para iOS](#)
