



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Determinantes da qualidade de vida dos cuidadores informais: uma análise de sobrecarga, coping e suporte social

Mara Soares Gomes, nº4574

Viseu, março, 2026

Determinantes da qualidade de vida dos cuidadores informais: uma análise de sobrecarga, coping e suporte social

Mara Soares Gomes, nº4574

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Ana Ribeiro

Viseu, março, 2026

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tendo como objetivo analisar o percurso de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em contexto de Estágio.

O trabalho encontra-se estruturado em duas componentes principais: a descrição das experiências desenvolvidas em contexto de prática clínica e a integração de um estudo sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais. A componente de Estágio decorreu, nomeadamente, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego e na Unidade de Saúde Pública Marão e Douro Norte.

Ao longo do relatório, evidencia-se a importância do enfermeiro especialista na promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação das populações. Destaca-se a relevância da intervenção comunitária, baseada na proximidade, multidisciplinaridade e adaptação às necessidades da população, considerando os determinantes sociais e de saúde.

O relatório contempla a contextualização das unidades de saúde onde decorreram os ensinamentos clínicos, bem como a caracterização do contexto demográfico, social e epidemiológico da região. Ao longo deste processo, é fundamentado o desenvolvimento das competências adquiridas, evidenciado pelas atividades desenvolvidas.

O estudo incide na análise da qualidade de vida dos cuidadores informais, explorando a influência de variáveis psicossociais, nomeadamente a sobrecarga, o suporte social e o *coping*.

Em suma, o relatório evidencia o desenvolvimento de competências e a importância da investigação em enfermagem como suporte à tomada de decisão e à melhoria dos cuidados.

Palavras-chave: Saúde Comunitária; Saúde Pública; Enfermeiro Especialista; Cuidadores Informais; Qualidade de Vida

Abstract

This report is developed within the scope of the Master's Degree in Community Nursing, in the field of Community and Public Health Nursing, and aims to analyse the process of competency development of the specialist nurse in the context of clinical training.

The report is structured into two main components: the description of experiences developed in clinical practice settings and the integration of a research study focused on the quality of life of informal caregivers. The clinical training component took place, namely, in the Community Care Unit of Lamego and in the Marão and Douro Norte Public Health Unit.

Throughout the report, the relevance of the specialist nurse in health promotion, disease prevention and population empowerment is highlighted. Particular emphasis is placed on community-based interventions grounded in proximity, multidisciplinary collaboration and responsiveness to population needs, taking into account social and health determinants.

The report includes the contextualisation of the healthcare units where the clinical training was undertaken, as well as the characterisation of the demographic, social and epidemiological context of the region. Within this framework, the development of acquired competencies is substantiated through the activities performed.

The study focuses on the analysis of the quality of life of informal caregivers, exploring the influence of psychosocial variables, namely caregiver burden, perceived social support and coping strategies.

In conclusion, the report highlights the development of competencies and underscores the importance of nursing research as a foundation for clinical decision-making and the continuous improvement of care.

Keywords: Community Nursing; Public Health; Specialist Nurse; Informal Caregivers; Quality of Life

Sumário

Lista de Tabela.....	13
Lista de Figuras	15
Lista de siglas e acrónimos.....	17
Introdução	20
Parte I – Desenvolvimento de Competências Especializadas em Contexto de Estágio	22
1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e alto Douro (ULSTMAD)	24
1.1. Caracterização da USP Marão e Douro Norte.....	25
1.2. Caracterização da UCC de Lamego.....	28
2. Desenvolvimento de Competências Especializadas em Contexto de Estágio.....	32
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	32
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	33
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	34
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	36
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	37
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	38
2.2.1. Avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde	39
2.2.2. Capacitação de grupos e comunidades	40
2.2.3. Integração na coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário	41
2.2.4. Vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	42
Parte II – Componente de Investigação: Determinantes da qualidade de vida dos cuidadores informais: uma análise da sobrecarga, coping e suporte social.....	44
Resumo	46

Abstract.....	48
Introdução.....	50
1. Metodologia	58
1.1.Desenho do estudo	58
1.2.Questões de investigação, objetivos e modelo conceptual	60
1.3.Variáveis em estudo e respetiva operacionalização	63
1.3.1. Variável dependente.....	63
1.3.2. Variáveis independentes	63
1.3.3. Variáveis de caracterização sociodemográfica e contextual	64
1.3.4. Critérios de operacionalização e categorização.....	64
1.4. Instrumentos de recolha de dados	67
1.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e contextual	67
1.4.2. Avaliação da qualidade de vida	67
1.4.3. Avaliação do suporte social percebido	68
1.4.4. Avaliação das estratégias de <i>coping</i>.....	70
1.4.5. Avaliação da Sobrecarga do cuidador informal.....	71
1.5. Participantes	72
1.5.1. Caracterização da amostra.....	73
1.6. Procedimentos Éticos.....	75
1.7. Procedimentos Estatísticos.....	76
Resultados	78
Análise descritiva das variáveis em estudo.....	78
Suporte social percebido	78
Sobrecarga do cuidador.....	80
Estratégias de <i>Coping</i>	82
Qualidade de Vida (QV)	84

Análise da relação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e contextuais	85
Associação entre variáveis sociodemográficas/categoriais e níveis de qualidade de vida.....	85
Diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e contextuais ..	88
Modelos de regressão para predição da qualidade de vida91Regressão entre dimensões do Suporte Social Percebido e Qualidade de Vida	91
Regressão entre dimensões da Sobrecarga do Cuidador e Qualidade de Vida	92
Regressão entre dimensões das Estratégias de <i>Coping</i> e Qualidade de Vida.....	93
Regressão múltipla Modelo Global para predição da Qualidade de Vida.....	94
Análise integrada dos modelos de regressão	95
Discussão	97
Conclusão	101
Considerações finais	103
Referências Bibliográficas	105
Apêndices.....	112
Apêndice I- Artigo do jornal “A Voz de Trás-os-Montes” sobre o AVC	114
Apêndice II - Publicação de Sensibilização com os cuidados a ter com o sol.	116
Apêndice III- Artigo para Rádio na Escola Mateus	118
Apêndice IV - Obesidade, Sessão de Educação para utente do Portas P’rá Vida	123
Apêndice V- Dia Mundial Sem Tabaco Sessão de Educação para beneficiários do RSI.....	130
Apêndice VI - Saúde Mental Positiva, Sessão de Educação para beneficiários do RSI	139
Apêndice VII - Diabetes em Movimento, Sessão de Educação Hipoglicémias	151
Apêndice XIII- Artigos pesquisados para a elaboração do E-book do projeto Respira Por Ti	157
Apêndice VII - Saúde Escolar para alunos do 10º Ano sobre Respiração Diafragmática ...	159
Apêndice VIII- Saúde Escolar para alunos do 11º Ano sobre Respiração Diafragmática....	163
Apêndice XI- Diagnóstico de Situação em relação às Alergias Alimentares.....	171

Apêndice XII - Infograma em relação à análise de dados recolhida no PASSE, 2025/2026	
.....	183
Apêndice XII - Cheque Dia Mundial Sem Tabaco	184
Anexos	186
Anexo I – Questionário do Cuidador Informal	188
Anexo II - Formulário para Avaliação ética de Estudos de Investigação	194

Lista de Tabela

Tabela 1 - População residente na USP Marão e Douro Norte, distribuição por sexo e grupo etário, 2021	27
Tabela 2 - Síntese da operacionalização das variáveis do estudo: classificação, instrumentos de avaliação e critérios de recodificação	66
Tabela 3 - Estatísticas descritivas do suporte social percebido (n = 48)	79
Tabela 4 - Correlações de Spearman entre as dimensões do suporte social	80
Tabela 5 - Estatísticas descritivas das dimensões da sobrecarga.....	81
Tabela 6 - Correlações de Spearman entre dimensões da sobrecarga do cuidador	82
Tabela 7 - Distribuição dos níveis de sobrecarga do cuidador	82
Tabela 8 - Estatísticas descritivas das dimensões do coping (n = 48)	83
Tabela 9 – Correlações de Spearman entre as dimensões do coping	84
Tabela 10 - Estatísticas descritivas da QV	84
Tabela 11 - Distribuição dos níveis de QV	85
Tabela 12 - Associação entre variáveis categóricas e níveis de QV.....	88
Tabela 13 - Comparação da QV segundo variáveis sociodemográficas e contextuais (Mann-Whitney com tamanho do efeito)	90
Tabela 14 - Regressão múltipla entre dimensões Suporte Social Percebido e QV.....	92
Tabela 15 - Regressão linear múltipla entre sobrecarga do cuidador (Zarit) e QV	93
Tabela 16 - Regressão linear múltipla entre estratégias de coping e QV	94
Tabela 17 - Regressão linear múltipla (modelo global) para predição da QV.....	94
Tabela 18 - Síntese dos modelos de regressão linear para predição da QV	96

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo conceptual do estudo: relação entre a qualidade de vida e os determinantes psicossociais e sociodemográficos dos cuidadores informais.	62
--	----

Lista de siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CISS-21 - *Coping Inventory for Stressful Situations*

CPPP – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade

CRC – Consultas Respiratórias na Comunidade

CRPP – Cursos de Recuperação Pós-Parto

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNO – Doenças de Notificação Obrigatória

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECI – Estatuto do Cuidador Informal

EUROHIS-QOL-8 - European Health Interview Survey – Quality of Life 8

MSPSS - *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

NLI – Núcleo Local de Inserção

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PIOPAL – Programa de Inspeção e Observação de Piscinas e Águas de Lazer

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNS – Plano Nacional de Saúde

QV – Qualidade de Vida

REVIVE – Rede de Vigilância de Vetores

RSI – Rendimento Social de Inserção

SE - Saúde Escolar

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TUG - *Timed Up and Go*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSTMAD – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

USP – Unidade de Saúde Pública

VIF - *Variance Inflation Factor*

Introdução

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma maior exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma realidade crescente entre os profissionais de saúde. Neste sentido, o enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional que detém competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem diferenciados nas respectivas áreas de especialidade (Portugal, Regulamento nº140/2019, 2019).

A especialidade em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública define um conjunto de competências específicas que orientam a prática profissional, valorizando a intervenção em contextos de saúde pública, a proximidade com a população e a promoção de respostas adaptadas às realidades locais (Portugal, Regulamento n.º 428/2018, 2018).

De acordo com o Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, a consolidação das competências clínicas exige a realização de uma componente de Estágio, desenvolvida em contexto da prática profissional, distribuído por diferentes unidades de saúde, nomeadamente Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP) (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requirite acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Portugal, Lei n.º 28/2008, 2008).

Por sua vez, a USP assume-se como um observatório de saúde da área geodemográfica em que se insere, sendo responsável pela vigilância epidemiológica, elaboração de informação e planeamento em saúde pública, bem como pela gestão de programas de promoção da saúde,

proteção da saúde e prevenção da doença. Colabora ainda, em conformidade com a legislação aplicável, no exercício das funções de autoridade de saúde (Portugal, Lei n.º 28/2008, 2008).

A teoria da aprendizagem experiencial evidencia que o conhecimento se constrói através da experiência prática, permitindo ao estudante desenvolver competências de forma mais sólida e significativa (Chang, Jen & Yang, 2024). Na fase da experiência concreta, existe contacto direto com a realidade da comunidade, ao participar em visitas domiciliárias, atividades de promoção da saúde e apoio a pessoas em situação de dependência.

Seguidamente, a etapa de observação reflexiva permite analisar criticamente essas vivências, com a identificação de aspetos positivos e desafios enfrentados, contribuindo para uma melhor compreensão do papel do enfermeiro em contexto comunitário (Chang, Jen & Yang, 2024). O conceito abstrato emerge ao relacionar as situações observadas com os conhecimentos teóricos previamente adquiridos, possibilitando a reorganização de ideias, o aprofundamento de conceitos e a integração de novas perspetivas sobre a prática de cuidados.

Por fim, a fase de experimentação ativa traduz-se na aplicação prática das aprendizagens, através da implementação de estratégias de intervenção e adaptação dos cuidados às necessidades dos utentes e famílias (Chang, Jen & Yang, 2024), promovendo a consolidação do conhecimento, o pensamento crítico e a prática reflexiva.

Os ensinamentos clínicos assumem, assim, um papel central neste processo formativo, proporcionando aprendizagem ativa em contexto real e evidenciando a importância da proximidade, comunicação e intervenção multidisciplinar nos cuidados.

A elaboração do relatório constitui a etapa culminante deste percurso (Chang, Jen & Yang, 2024), integrando teoria e prática, com o objetivo de analisar criticamente o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Paralelamente, integra-se uma componente de investigação centrada na Qualidade de Vida dos cuidadores informais, visando compreender os fatores que a influenciam.

**Parte I – Desenvolvimento de Competências Especializadas em Contexto de
Estágio**

1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e alto Douro (ULSTMAD)

As Unidades Locais de Saúde resultam da integração dos hospitais e centros hospitalares existentes com os Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), tendo por base o modelo de organização e funcionamento previsto no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A finalidade desta fusão é assegurar uma prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, reforçar a resposta de proximidade e a continuidade na assistência em saúde através dos cuidados primários, bem como apostar de forma consistente na promoção da saúde (Portugal, Lei n.º 102/2023, 2023).

A ULSTMAD é constituída por três unidades hospitalares e pelos três Agrupamentos de Centros de Saúde da região, nomeadamente o ACES Douro Sul, o ACES Marão e Douro Norte e o ACES Tâmega e Barroso. Esta unidade assume a responsabilidade de capacitar os cidadãos e as comunidades, promovendo a saúde e respondendo à doença e à incapacidade. Presta cuidados de excelência ajustados às necessidades da população, com o propósito de garantir longevidade com qualidade de vida (QV) (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro [SNS, ULSTMAD], s.d.).

A ULSTMAD possui uma área de influência direta que abrange aproximadamente 300.000 habitantes, distribuídos pelos concelhos de Tarouca, Tabuaço, S. João da Pesqueira, Montalegre, Lamego, Chaves, Boticas, Armamar, Vila Real, Vila Pouca de Aguiar, Santa Marta de Penaguião, Sabrosa, Ribeira de Pena, Peso da Régua, Murça, Mondim de Basto, Mesão Frio e Alijó. Para além desta área, a instituição presta cuidados diferenciados a uma região mais extensa, incluindo o sul do distrito de Bragança, a zona leste do distrito do Porto e o norte do distrito de Viseu, como é o caso do Município de Lamego, abrangendo assim cerca de meio milhão de habitantes (Portugal, SNS, ULSTMAD, s.d.).

1.1. Caracterização da USP Marão e Douro Norte

A USP Marão e Douro Norte está localizada na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, no norte interior de Portugal, abrangendo os concelhos de Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

Assume-se como um observatório de saúde, tendo como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, através da identificação das suas necessidades e da monitorização dos respetivos determinantes. Desempenha um papel ativo na dinamização de parcerias, na promoção de intervenções e na implementação de estratégias de cooperação intersectorial que visam alcançar ganhos efetivos em saúde. Integra, igualmente, o exercício do poder de autoridade de saúde, garantindo o cumprimento das obrigações legais associadas à defesa da saúde pública. A sua visão assenta na excelência da prestação de cuidados de saúde integrados, orientados para a promoção da saúde da população residente na área de abrangência, procurando reduzir a prevalência de fatores de risco e reforçar os fatores de proteção (Portugal, Sistema Nacional da Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, s.d.).

A USP em questão, organiza-se em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde, Planeamento em Saúde e Epidemiologia, incluindo ainda um antigo Centro de Diagnósticos Pneumológicos (CDP) atualmente designado por Consultas Respiratórias na Comunidade (CRC).

A unidade é constituída por seis médicos de Saúde Pública (uma médica apenas na CDP), quatro internos da especialidade de Saúde Pública, quatro enfermeiras (uma enfermeira nomeada para o CRC), cinco técnicos de Saúde Ambiental, uma engenheira do Ambiente, seis assistentes técnicos e uma técnica de radiologia localizada na CRC.

Assim, é responsável pela gestão de programas de intervenção, no âmbito da comunidade em que se insere, nomeadamente na promoção, proteção da saúde, prevenção da doença (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro [SNS, ULTMAD], 2024).

No âmbito da vigilância da saúde, a Saúde Pública exerce um papel essencial na monitorização epidemiológica do estado de saúde da população, acompanhando a ocorrência e propagação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, recorrendo a sistemas de alerta e resposta a emergências de saúde pública, como foi demonstrado durante a pandemia de COVID-19. Desenvolve estudos epidemiológicos e programas de investigação, com o objetivo de identificar necessidades de saúde e avaliar o impacto das intervenções (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

A Saúde Pública assume também funções de Autoridade de Saúde local, garantindo a aplicação das normas de proteção da saúde da população (designadamente na Lei do Ruído, saúde internacional, atestados e vigilância sanitária), articulando-se com outros serviços para a partilha de informação sanitária e para a coordenação de medidas de proteção comunitária, favorecendo a criação de redes formais de apoio multidisciplinar (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

A Promoção da Saúde visa a criação de ambientes saudáveis e a prevenção da doença, apostando na capacitação das populações, através de projetos e programas comunitários que reforçam a identidade sociocultural, a consciência social e a participação ativa da população, incluindo intervenções como a vacinação (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

No domínio da Epidemiologia, compete à USP detetar precocemente surtos, monitorizar tendências, implementar medidas de segurança e avaliar o impacto das intervenções (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

Na Saúde Ambiental, as principais áreas de intervenção incluem a vigilância da qualidade da água, higiene dos estabelecimentos, controlo de vetores e atuação em situações de insalubridade. Programas como o Programa de Inspeção e Observação de Piscinas e Águas de Lazer (PIOPAL) e a Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE) contribuem para um ambiente seguro e sustentável (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

A USP é ainda responsável pelo planeamento estratégico em saúde, nomeadamente pela elaboração do Plano Local de Saúde (2021-2030), alinhado com o Plano Nacional de Saúde (PNS). Este instrumento facilita uma visão abrangente do estado de saúde da população, considerando os determinantes sociais e a equidade regional, incluindo necessidades específicas da comunidade. Identifica as prioridades de ação, avalia a qualidade dos cuidados prestados e propõe medidas concretas (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

Na área geográfica da USP residem 95 132 pessoas, das quais 45 050 do sexo masculino (47,3%) e 50 082 do sexo feminino (52,7 %). No último decénio, tem-se observado uma tendência decrescente da população residente, com um decréscimo de 9.893 (-9,4 %) habitantes, no período 2011-2021 (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

Na Tabela 1, observa-se que a população idosa (≥ 65 anos) apresenta uma expressão significativa (27%), evidenciando um cenário de envelhecimento demográfico. Verifica-se uma maior proporção de mulheres na maioria dos grupos etários, à exceção do grupo dos 0–14 anos.

Este grupo representa apenas 4,6% da população total, constituindo o grupo etário menos representado (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

Tabela 1 - População residente na USP Marão e Douro Norte, distribuição por sexo e grupo etário, 2021

Grupo etário (anos)	Estimativas da população residente			Percentagem por grupo etário		
	População total	Feminino (n e %)	Masculino (n e %)	% Total	% Feminino	% Masculino
Total	95.132	50.082 (52,6 %)	45.050 (47,4 %)			
0 – 14	4.344	2.164 (49,8 %)	2.180 (50,2 %)	4,6 %	4,3 %	4,8 %
15 – 64	60.445	30.382 (50,3 %)	30.063 (49,7 %)	63,5 %	60,7 %	66,7 %
≥ 65	25.703	14.577 (56,7 %)	11.126 (43,0 %)	27,0 %	29,1 %	24,7 %

No que respeita à distribuição das estimativas da população residente em Portugal por municípios para 2021, o concelho de Vila Real apresenta o maior número de residentes (49 600, correspondente a 52,3% da população residente), seguido pelo concelho de Peso da Régua com 14 474 (15,3%) e Alijó com 10 425 residentes (11,0%). O concelho com menor população é Mesão Frio, com 3536 residentes (3,7%) (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

O aumento da esperança média de vida associado à diminuição das taxas de natalidade e fecundidade tem provocado uma alteração na estrutura etária da população, com um crescimento acentuado do número de pessoas idosas. Esta realidade demográfica exige uma capacidade de resposta social cada vez mais robusta e orientada para a crescente vulnerabilidade desta faixa etária, sobretudo quando associada a dependência física, doença crónica ou incapacidade (Portugal, SNS, ULSTMAD, 2024).

O Município de Vila Real tem procurado responder a este desafio através de medidas de apoio social que visam promover a inclusão, reduzir o isolamento e melhorar a QV da população mais envelhecida. Entre os exemplos identificados no Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real destacam-se iniciativas como o Cartão do Idoso, os apoios ao arrendamento, o Fundo de Emergência Social e o reforço das respostas sociais, ações que podem beneficiar diretamente a população (Portugal, Município de Vila Real, s.d.).

A nível estratégico, o município assume como prioridade a intervenção junto de grupos socialmente vulneráveis, em situação de pobreza ou risco de exclusão, promovendo a igualdade e a criação de respostas adequadas nas áreas da saúde, com enfoque nos cuidados continuados, paliativos, saúde mental e dependências, domínios diretamente relacionados com a atuação dos

cuidadores informais e com a necessidade de serviços de apoio domiciliário e acompanhamento psicossocial (Portugal, Município de Vila Real, s.d.).

Outro desafio identificado prende-se com o acesso aos cuidados de saúde e aos serviços de proximidade, sobretudo em zonas periféricas e rurais. A baixa mobilidade, o isolamento geográfico e a escassez de recursos dificultam a resposta às necessidades de utentes dependentes e dos seus cuidadores. Neste sentido, o Plano Municipal de Desenvolvimento Social (2024–2029) destaca a importância da coerência territorial, da mobilidade sustentável e do reforço dos transportes públicos, elementos essenciais para garantir acessibilidade à população (Portugal, Município de Vila Real, s.d.).

Embora o município desenvolva iniciativas nas áreas da educação, desporto e cultura, estas são sobretudo dirigidas à população jovem e escolar. Ainda assim, a importância dada à resiliência territorial, ao apoio habitacional e às respostas intersectoriais demonstra uma visão integrada do bem-estar comunitário que poderá ser mobilizada para a criação de projetos de apoio ao cuidador, redes de suporte local e programas de literacia em saúde.

Assim, o enquadramento social e demográfico de Vila Real evidencia a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção dirigidas à população envelhecida e aos seus cuidadores, promovendo a autonomia, o apoio psicossocial e a participação ativa na comunidade, em alinhamento com os princípios da enfermagem comunitária.

1.2. Caracterização da UCC de Lamego

A UCC de Lamego é uma unidade que se distingue pela prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário. Através do seu trabalho junto de indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, torna possível a realização de diagnósticos de saúde locais, a dinamização de atividades de promoção da saúde e a implementação de estratégias de prevenção. A proximidade que a caracteriza permite vivenciar experiências concretas, nas quais a multidisciplinaridade, a cooperação e a acessibilidade se revelam fundamentais (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

A UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, centrados no indivíduo, na família e na comunidade, especialmente em situações de maior vulnerabilidade, risco ou dependência. A visão descreve a ambição de se afirmar como unidade de referência na qualidade dos cuidados prestados,

assumindo a saúde das populações da sua área geográfica como objetivo primordial. A atividade da UCC é sustentada por valores fundamentais, entre os quais se destacam a cooperação, acessibilidade, solidariedade, trabalho em equipa, autonomia, articulação, parceria, gestão participativa, conhecimento e confidencialidade. Estes princípios refletem o compromisso de promover ganhos em saúde e assegurar respostas integradas, articuladas com as necessidades da comunidade e em parceria com diferentes entidades locais (Portugal, SNS, 2023).

A UCC conta com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros profissionais. A unidade desenvolve vários projetos comunitários, como a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o projeto Educar para a Parentalidade, o Núcleo Local de Inserção (NLI), o Diabetes em Movimento, o projeto “Estatuto do Cuidador Informal” e o projeto “Stress do Cuidador”. Não foi possível integrar a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Rede Social e Conselho Local de Ação Social, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco ou os projetos “A Saúde na Sua Freguesia” e “Envelhecer Ativamente”, devido ao período de estágio e às restrições associadas ao sigilo profissional inerente a determinadas áreas de intervenção.

O concelho de Lamego localiza-se no distrito de Viseu, integrando a Região Norte e a sub-região do Douro. Pertence à província de Trás-os-Montes e Alto Douro e situa-se no extremo sul do sistema urbano do Alto Douro. O desenvolvimento da cidade ocorre num planalto delimitado pelos rios Balsemão e Varosa, pelas encostas da margem esquerda do rio Douro, pelo sistema montanhoso da Serra das Meadas e pelos contrafortes do Planalto Beirão. Esta localização privilegiada, entre vales e serras, confere ao concelho características geográficas diversificadas e condições favoráveis ao desenvolvimento de estratégias eficazes em saúde comunitária. A sua morfologia varia entre os 50 metros de altitude junto ao Douro e os 1124 metros na Serra das Meadas, o que exige uma abordagem territorial sensível às especificidades de cada zona, promovendo a equidade no acesso aos cuidados de saúde (Portugal, Câmara Municipal de Lamego [CML], s.d.).

Com cerca de 24 312 habitantes distribuídos por 18 freguesias, Lamego apresenta uma dimensão populacional que favorece a articulação entre serviços de saúde, autarquias e comunidade, possibilitando ações de promoção da saúde, prevenção da doença e vigilância epidemiológica. A tendência demográfica tem revelado um declínio progressivo, acompanhado por um envelhecimento populacional significativo: em 2021, 26,3% da população tinha 65 ou mais anos, contrastando com os 4,1% registados em 1911. Paralelamente, a população jovem

diminuiu de 11 255 indivíduos em 1911 para 2 544 em 2021, refletindo a quebra na natalidade (Portugal, CML, s.d.).

O clima de transição, com verões quentes e secos e invernos frios, aumenta o risco de incêndios florestais e de problemas de saúde associados a extremos de temperatura. A diminuição da precipitação potencia a erosão dos solos e a vulnerabilidade ambiental, sobretudo em zonas rurais. A população está maioritariamente ligada a atividades agrícolas, exposta a condições de trabalho fisicamente exigentes, radiação solar, contacto com animais e risco de acidentes laborais. Algumas freguesias de maior altitude mantêm características de isolamento, dificultando o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para idosos e pessoas com doenças crónicas. A gastronomia típica, rica em gorduras, sal e açúcares, contribui para a prevalência de patologias como a hipertensão, dislipidemias e diabetes (Portugal, CML, s.d.).

O contexto cultural exige uma abordagem sensível às crenças e dinâmicas sociais da população. A riqueza histórica, cultural e religiosa profundamente enraizada de Lamego pode condicionar a forma como os indivíduos interpretam a doença, muitas vezes associando-a a fatores espirituais, o que pode levar à valorização de práticas religiosas (como promessas ou peregrinações), em detrimento ou em complemento dos cuidados de saúde formais, influenciando diretamente os seus comportamentos de saúde (Portugal, CML, s.d.).

No que respeita à alimentação, a região de Lamego apresenta uma forte tradição ligada à agricultura e à produção vitivinícola, o que se reflete numa dieta rica em produtos locais. Predominam alimentos como carnes, enchidos, pão tradicional, batata e vinho, muitas vezes associados a práticas culturais e momentos de convívio social. Apesar de integrar alguns princípios da dieta mediterrânica, esta alimentação tende, por vezes, a ser hipercalórica e rica em gorduras saturadas e sal, o que pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares (Portugal, CML, s.d.).

Neste contexto, a enfermagem comunitária assume um papel fundamental na adaptação dos cuidados às especificidades culturais da população, promovendo intervenções culturalmente sensíveis, que respeitem as crenças existentes, ao mesmo tempo que incentivam práticas de saúde seguras e baseadas na evidência.

2. Desenvolvimento de Competências Especializadas em Contexto de Estágio

No exercício da enfermagem especializada, a definição e o desenvolvimento de competências assumem-se como elementos estruturantes para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. As competências, enquanto conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e atitudes, orientam a prática profissional, permitindo uma intervenção eficaz, ética e centrada na pessoa, família e comunidade. Neste âmbito, distinguem-se dois grandes domínios: as competências comuns e as competências específicas (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste contexto, o Estágio assume particular relevância no desenvolvimento e consolidação destas competências, constituindo um espaço privilegiado de aprendizagem. Através da prática supervisionada, da reflexão crítica e da articulação entre teoria e prática, foi possível adquirir, aprofundar e mobilizar competências, promovendo uma atuação progressivamente mais autónoma, fundamentada e ajustada às necessidades da população.

Neste sentido, apresentam-se seguidamente as competências desenvolvidas ao longo do Estágio, articulando as atividades realizadas nos diferentes contextos com a aquisição e consolidação de competências especializadas.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, traduzem-se na capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como de apoiar o exercício profissional através da formação, investigação e assessoria (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, serão descritas as competências adquiridas, explicitando de que forma foram desenvolvidas ao longo do Estágio, através das atividades realizadas.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal traduzem-se na capacidade de desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No contexto de Saúde Pública, as atividades desenvolvidas permitiram consolidar uma prática profissional ética e legal, orientada para a proteção da saúde coletiva. A elaboração de conteúdos informativos, como o artigo no Jornal sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (cf. Apêndice I), o artigo sobre cuidados a ter com o sol. (cf. Apêndice II) e as divulgações em formato breve, como o artigo para a rádio escola Mateus (cf. Apêndice III), contribuíram para a promoção da literacia em saúde, assegurando o direito da população ao acesso à informação clara, rigorosa e baseada na evidência científica.

Estas atividades permitiram não apenas desenvolver competências na comunicação em saúde, como também refletir sobre o papel do enfermeiro na garantia do direito à informação e na promoção da autonomia dos cidadãos, reforçando a dimensão ética da prática profissional.

A participação em programas comunitários, como o Diabetes em Movimento e o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), reforçou a importância da equidade no acesso aos cuidados e da adaptação das intervenções às características individuais e socioculturais dos participantes, promovendo uma prática centrada na pessoa.

No âmbito da vigilância epidemiológica e controlo de riscos, a participação em atividades como a recolha de água das piscinas, a colaboração nas CRC, vacinação, administração de medicação e aplicação de questionários epidemiológicos de risco, bem como o contacto com sistemas como o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e a realização de inquéritos epidemiológicos, permitiram desenvolver competências no cumprimento das normas legais e dos procedimentos técnicos.

Estas experiências evidenciaram a importância da confidencialidade, do rigor na recolha de dados e da responsabilidade profissional na proteção da saúde pública, permitindo uma reflexão crítica sobre o impacto das decisões profissionais na segurança da população.

No contexto da UCC, as atividades desenvolvidas permitiram evidenciar uma prática profissional ética e legal centrada na pessoa, família e comunidade. A participação no projeto “Divulgações” (cf. Apêndice II) contribuiu para a promoção da literacia em saúde, garantindo o acesso à informação fidedigna e respeitando o direito dos utentes à informação.

A intervenção em grupos vulneráveis, através de sessões sobre obesidade (cf. Apêndice IV), cessação tabágica (cf. Apêndice V), saúde mental (cf. Apêndice VI) e hipoglicemias (cf. Apêndice VII), permitiu desenvolver uma prática baseada na equidade, no respeito pela dignidade humana e na adaptação da comunicação às características dos grupos, promovendo a inclusão e a justiça em saúde.

A integração na ECCI exigiu uma atuação ética rigorosa, nomeadamente no respeito pela confidencialidade, consentimento informado e dignidade da pessoa em situação de dependência, garantindo cuidados individualizados e humanizados.

Para além das atividades descritas, importa salientar que o desenvolvimento destas competências implicou uma constante tomada de decisão ética em contexto real, particularmente em situações de vulnerabilidade social e clínica. A interação com utentes em contexto domiciliário e comunitário exigiu uma avaliação contínua do equilíbrio entre autonomia, beneficência e não maleficência, evidenciando a complexidade da prática de enfermagem comunitária.

Adicionalmente, a diversidade de contextos, desde a vigilância epidemiológica até à intervenção direta com grupos vulneráveis, permitiu compreender que a prática ética não se limita ao cumprimento normativo, mas integra uma dimensão relacional, comunicacional e cultural, essencial para a construção de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade traduzem-se na capacidade de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade e assegurar ambientes terapêuticos seguros (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No contexto da USP, a colaboração em sistemas como o SINAVE e a realização de inquéritos epidemiológicos permitiram contribuir para a produção de informação fidedigna, essencial à tomada de decisão em saúde pública e à implementação de estratégias de melhoria contínua. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento de competências na recolha, análise e utilização de dados em saúde, permitindo compreender o seu impacto na definição de intervenções ajustadas às necessidades da população.

A participação em atividades como a recolha e monitorização da qualidade da água das piscinas, bem como a colaboração em contexto de CRC, vacinação e avaliação de risco, permitiu garantir o cumprimento de normas de qualidade e segurança, assegurando ambientes seguros para a população. Estas experiências possibilitaram o desenvolvimento de competências na aplicação de normas e protocolos, bem como na identificação e gestão de riscos em saúde.

A elaboração de conteúdos informativos, como o artigo sobre cuidados a ter com o sol. (cf. Apêndice II), o artigo sobre AVC (cf. Apêndice I) e as divulgações em formato breve (cf. Apêndice II), bem como iniciativas como o projeto “Respira por ti” (cf. Apêndice VIII) e o diagnóstico de situação, contribuíram para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Estas atividades permitiram compreender o papel do enfermeiro como agente dinamizador de estratégias institucionais de promoção da qualidade, reforçando a importância da literacia em saúde como instrumento de melhoria contínua dos cuidados.

Em contexto da UCC, desenvolvi competências na implementação de estratégias de promoção da qualidade e na adaptação da informação às necessidades da comunidade, através da participação ativa em programas e projetos de intervenção. Destaca-se o envolvimento em Saúde Escolar, com a elaboração de conteúdos educativos dirigidos a diferentes níveis de escolaridade, ajustando a linguagem e as estratégias pedagógicas aos diferentes públicos.

A participação em programas como o “Diabetes em Movimento” e projetos como “Educar para a Parentalidade” contribuiu para a implementação de intervenções estruturadas e baseadas em boas práticas, promovendo a melhoria dos resultados em saúde e a capacitação dos utentes. Estas experiências permitiram desenvolver competências na avaliação de resultados e na adequação das intervenções às necessidades identificadas.

As atividades desenvolvidas no âmbito dos Grupos Vulneráveis foram orientadas para a promoção de ambientes seguros, inclusivos e adaptados, permitindo compreender a

importância da equidade na qualidade dos cuidados e da adaptação das intervenções às características dos diferentes grupos.

A integração na ECCI permitiu reforçar a importância da prestação de cuidados seguros e individualizados, assegurando a continuidade dos cuidados, a prevenção de complicações e a promoção do bem-estar dos utentes no domicílio. A aplicação de boas práticas, nomeadamente no tratamento de feridas, controlo de infeção e educação para a saúde, contribuiu para a prestação de cuidados de qualidade.

A participação no NLI permitiu compreender a importância da articulação intersectorial na melhoria da qualidade das respostas comunitárias, reforçando o papel do trabalho em rede na obtenção de ganhos em saúde.

A integração destas experiências permitiu compreender a melhoria contínua da qualidade como um processo dinâmico, sustentado na monitorização de indicadores, na reflexão crítica da prática e na implementação de estratégias baseadas na evidência.

Importa ainda destacar que a participação em diferentes níveis de intervenção (individual, grupal e comunitário) possibilitou reconhecer a interdependência entre qualidade técnica e qualidade relacional dos cuidados, sendo esta última determinante para a adesão às intervenções e para a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados traduzem-se na capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação entre profissionais, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às diferentes situações e contextos (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No contexto da USP, a participação em atividades como o SINAVE, inquéritos epidemiológicos, vacinação, CRC, recolha de água das piscinas e avaliação de risco permitiu desenvolver competências na organização e gestão de cuidados, assegurando o cumprimento de normas e a articulação entre diferentes profissionais.

A colaboração em programas como o PASSE, o Diabetes em Movimento e projetos como o “Respira por ti” e o diagnóstico de situação contribuiu para o desenvolvimento de competências no planeamento, organização e gestão de intervenções em saúde pública, ajustadas às necessidades da população.

Em contexto da UCC, a participação em atividades como a ECCI, Diabetes em Movimento (cf. Apêndice VII), Saúde Escolar sobre saúde mental (cf. Apêndice IX e X), dignidade menstrual e higiene oral) e Grupos Vulneráveis (cf. Apêndice IV, V e VI), permitiu desenvolver competências na gestão e coordenação de cuidados, promovendo a articulação entre a equipa de saúde, a comunidade e os parceiros institucionais.

Estas experiências permitiram adaptar a liderança e a gestão dos recursos às diferentes situações, nomeadamente no domicílio, onde foi necessário ajustar os cuidados às condições ambientais, aos recursos disponíveis e à capacitação dos cuidadores.

A prestação de cuidados em contexto domiciliário exigiu capacidade de priorização, tomada de decisão e planeamento de intervenções, assegurando a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Neste âmbito, a diversidade de contextos permitiu compreender que a gestão dos cuidados em enfermagem comunitária ultrapassa a dimensão organizacional, integrando uma forte componente de adaptação ao contexto, negociação com os diferentes intervenientes e articulação intersectorial.

A experiência em contexto domiciliário, particularmente na ECCI, evidenciou a complexidade da gestão dos cuidados em ambientes não controlados, exigindo flexibilidade, capacidade de priorização e tomada de decisão em tempo real, reforçando a autonomia profissional e a responsabilidade clínica.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais implicam o desenvolvimento do autoconhecimento, assertividade e a fundamentação da prática clínica na evidência científica (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A participação em diferentes contextos, nomeadamente na UCC e na USP, permitiu reconhecer limites, identificar áreas de melhoria e ajustar comportamentos profissionais, promovendo o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

As atividades desenvolvidas na ECCI, nos Grupos Vulneráveis, na Saúde Escolar e no Diabetes em Movimento exigiram capacidade de comunicação eficaz, adaptação da linguagem aos diferentes públicos e tomada de decisão em contexto real, contribuindo para o desenvolvimento da confiança profissional.

A participação em contextos multidisciplinares, como o NLI, SINAVE e CRC, reforçou a importância da comunicação interprofissional e da capacidade de expressar opiniões fundamentadas, promovendo uma atuação mais segura e assertiva.

A elaboração de conteúdos científicos, como o artigo sobre cuidados a ter com o sol. (cf. Apêndice II), e sessões de educação para a saúde (cf. Apêndices IV, V, VI, VII, IX e X), implicou a pesquisa, seleção e aplicação de informação científica atualizada, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência.

Adicionalmente, a prestação de cuidados na ECCI, nomeadamente no tratamento de feridas, reabilitação e educação para a saúde, exigiu a mobilização de conhecimentos teóricos e a sua aplicação prática, promovendo uma atuação segura, eficaz e fundamentada.

A reflexão sobre a prática revelou-se um elemento central no desenvolvimento destas competências, permitindo transformar a experiência em conhecimento e promover uma aprendizagem significativa.

A exposição a contextos diversificados e a situações clínicas complexas contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de análise, fundamentais para a construção de uma prática profissional autónoma, reflexiva e baseada na evidência científica.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

As competências específicas decorrem das particularidades das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, refletindo o campo de intervenção definido para cada especialidade e assegurando a adequação e pertinência dos cuidados às necessidades singulares das pessoas, famílias e comunidades (Portugal, Regulamento n.º 428/2018, 2018).

No âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, estas competências traduzem uma prática orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença, capacitação das populações e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, numa perspetiva coletiva e populacional.

2.2.1. Avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde

Esta competência implica a utilização de métodos sistematizados para conhecer a realidade comunitária, através da recolha, análise e interpretação de dados clínicos, sociodemográficos e epidemiológicos, permitindo a identificação de problemas prioritários e a definição de intervenções ajustadas.

No contexto da USP, a participação na realização de diagnósticos de situação e análise de indicadores de saúde permitiu desenvolver competências na identificação de necessidades em saúde da população, bem como na compreensão dos determinantes sociais associados. A análise de dados epidemiológicos, a participação em inquéritos epidemiológicos e o contacto com sistemas de informação, como o SINAVE, possibilitaram uma visão estruturada da realidade em saúde, sustentando a tomada de decisão.

No âmbito do desenvolvimento de competências na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, foi realizado um diagnóstico de situação na área das alergias alimentares (cf. Apêndice XI), que permitiu identificar necessidades específicas da população, bem como fatores de risco associados. Este processo envolveu a recolha e análise sistematizada de dados, possibilitando uma compreensão estruturada da problemática em estudo.

Paralelamente, a análise dos dados provenientes do programa PASSE, nomeadamente através da interpretação do infográfico de monitorização e da apresentação intercalar (cf. Apêndice XII), contribuiu para uma leitura crítica da realidade alimentar da população-alvo.

Estas atividades permitiram compreender que a avaliação do estado de saúde não se limita à recolha de dados, mas implica uma leitura crítica da realidade, considerando fatores como o envelhecimento populacional, as desigualdades sociais e as condições de acesso aos cuidados.

Em contexto da UCC, a identificação de necessidades em saúde foi particularmente evidente nas intervenções dirigidas a grupos vulneráveis, onde foi possível reconhecer determinantes como a baixa literacia em saúde, condições socioeconómicas desfavoráveis e comportamentos de risco. A observação da baixa adesão às sessões, nomeadamente em intervenções com beneficiários do RSI, permitiu refletir sobre fatores como motivação, acessibilidade e contexto social, integrando estes aspetos na análise das necessidades em saúde.

A integração destes dados com a observação direta das comunidades permitiu desenvolver uma compreensão mais aprofundada das desigualdades em saúde, evidenciando a necessidade de intervenções ajustadas às especificidades territoriais.

Esta competência revelou-se fundamental para a construção de respostas em saúde mais adequadas, sustentadas numa abordagem ecológica e centrada nos determinantes sociais da saúde.

2.2.2. Capacitação de grupos e comunidades

A capacitação de grupos e comunidades traduz-se na promoção da literacia em saúde e no desenvolvimento de competências nos cidadãos, permitindo-lhes assumir um papel ativo na gestão da sua saúde.

Ao longo do Estágio, esta competência foi amplamente desenvolvida através da dinamização de sessões de educação para a saúde em diferentes contextos, nomeadamente no Diabetes em Movimento, Saúde Escolar, Grupos Vulneráveis e Educar para a Parentalidade.

A dinamização da sessão sobre hipoglicemias no âmbito do Diabetes em Movimento (cf. Apêndice VII) permitiu desenvolver competências na transmissão de informação estruturada, utilizando linguagem acessível e exemplos práticos, promovendo a compreensão dos participantes e a sua capacidade de atuação em situações de risco.

Nas intervenções com grupos vulneráveis, nomeadamente nas sessões sobre cessação tabágica (cf. Apêndice V) e saúde mental (cf. Apêndice VI), foi possível adaptar a comunicação às características dos participantes, recorrendo a estratégias simples e práticas, promovendo a participação ativa e a reflexão sobre comportamentos de saúde.

A utilização de estratégias inovadoras, como o “cheque motivacional” (cf. Apêndice XIII) na cessação tabágica, evidenciou a importância da adaptação das intervenções à realidade socioeconómica dos utentes, aumentando a eficácia da comunicação e a motivação para a mudança comportamental.

A dinamização da sessão sobre obesidade na Associação Portas P’rá Vida (cf. Apêndice IV) permitiu desenvolver competências na capacitação de grupos com necessidades específicas, através da adaptação da comunicação, utilização de estratégias visuais e simplificação de conceitos, promovendo a compreensão e a adoção de comportamentos mais saudáveis.

No contexto da Saúde Escolar, a dinamização de sessões sobre saúde mental e gestão do stress (cf. Apêndice IX e X) permitiu desenvolver competências na comunicação com adolescentes, utilizando estratégias participativas e promovendo a autorreflexão.

Na ECCI, a capacitação foi evidente no ensino dirigido a cuidadores informais, incluindo técnicas de posicionamento, aspiração de secreções e adaptação da alimentação em situações de disfagia, promovendo a autonomia e a corresponsabilização no processo de cuidar.

A experiência evidenciou que a eficácia das intervenções está diretamente relacionada com a capacidade de envolver os participantes, promovendo uma aprendizagem ativa e contextualizada.

A adaptação das estratégias às características dos grupos permitiu potenciar a adesão às intervenções, reforçando a importância de abordagens participativas e centradas na pessoa na promoção da saúde.

2.2.3. Integração na coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário

Esta competência traduz-se na participação ativa na implementação e articulação de programas de saúde, promovendo a continuidade dos cuidados e a otimização dos recursos.

A participação em programas como Educar para a Parentalidade permitiu compreender a articulação entre políticas de saúde e intervenção comunitária, bem como o papel do enfermeiro na operacionalização destas estratégias.

No âmbito dos cursos de preparação para a parentalidade, a participação nas sessões permitiu compreender a importância da organização, planeamento e continuidade das intervenções, bem como o papel do enfermeiro na capacitação das famílias.

Integrei a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário, nomeadamente no programa Diabetes em Movimento, participando enquanto elemento ativo do grupo focal, contribuindo para a organização, monitorização e adequação das intervenções às necessidades dos participantes. A integração numa equipa multidisciplinar permitiu acompanhar a implementação de um programa estruturado, compreendendo a importância da monitorização clínica, da adaptação do exercício físico e da educação para a saúde na obtenção de ganhos em saúde.

A participação no NLI permitiu compreender o funcionamento do trabalho em rede e a articulação intersectorial, evidenciando a importância da colaboração entre diferentes entidades na resposta às necessidades da população.

Também na Saúde Escolar, integrada no Programa Nacional de Saúde Escolar, participei na dinamização de sessões e na articulação com a comunidade educativa, reforçando o papel do enfermeiro na coordenação de intervenções em contexto comunitário.

A participação no programa PASSE permitiu-me compreender o processo de implementação e monitorização de intervenções na área da promoção da alimentação saudável num contexto escolar. A análise de indicadores e a interpretação dos dados de monitorização possibilitaram identificar necessidades específicas da população, nomeadamente fragilidades ao nível dos hábitos alimentares e da literacia alimentar, contribuindo para a definição de estratégias de intervenção ajustadas.

A articulação entre diferentes programas e entidades permitiu compreender a complexidade dos sistemas de saúde e a importância da integração de cuidados na obtenção de ganhos em saúde.

Esta experiência reforçou a necessidade de uma atuação colaborativa e intersectorial, essencial para responder de forma eficaz às necessidades da população.

2.2.4. Vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica envolve a recolha, monitorização e análise de dados populacionais, permitindo identificar padrões de doença, fatores de risco e tendências epidemiológicas.

No contexto da USP, a participação em atividades relacionadas com o SINAVE, inquéritos epidemiológicos, vacinação e monitorização de riscos permitiu desenvolver competências na vigilância e controlo de doenças, bem como na utilização de sistemas de informação em saúde.

Estas experiências possibilitaram compreender a importância da deteção precoce de problemas de saúde, da monitorização contínua e da implementação de medidas de prevenção.

A participação em atividades de monitorização da qualidade da água das piscinas e controlo de riscos ambientais reforçou a importância da vigilância na proteção da saúde da população.

A articulação entre vigilância epidemiológica e intervenção comunitária permitiu compreender que a informação em saúde é fundamental para a tomada de decisão e para a implementação de estratégias eficazes.

A experiência em vigilância epidemiológica permitiu compreender que a informação em saúde constitui um elemento estratégico na tomada de decisão, sendo fundamental para a definição de políticas e intervenções em saúde pública.

A articulação entre vigilância e intervenção evidenciou a importância de uma abordagem preventiva e proativa, orientada para a antecipação de riscos e promoção da saúde da população.

Parte II – Componente de Investigação: Determinantes da qualidade de vida dos cuidadores informais: uma análise da sobrecarga, coping e suporte social

Resumo

Introdução: O envelhecimento demográfico, associado ao aumento da prevalência de situações de dependência, tem vindo a reforçar o papel dos cuidadores informais, frequentemente expostos a níveis elevados de sobrecarga, com repercussões significativas na sua qualidade de vida (QV). Neste contexto, torna-se essencial aprofundar a compreensão dos fatores psicossociais que influenciam o bem-estar destes indivíduos, nomeadamente no âmbito da prestação continuada de cuidados.

Objetivo: Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal, o suporte social percebido, as estratégias de coping e a qualidade de vida.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e de natureza correlacional, com uma amostra constituída por 48 cuidadores informais. A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e da aplicação de instrumentos validados: EUROHIS-QOL-8, MSPSS, CISS-21 e Escala de Sobrecarga de Zarit. A análise estatística incluiu procedimentos descritivos e inferenciais não paramétricos, bem como análise de regressão linear múltipla.

Resultados: Os resultados evidenciaram níveis moderados de qualidade de vida e níveis elevados de sobrecarga, com predominância de sobrecarga moderada a severa. A sobrecarga revelou-se o principal preditor negativo da QV, destacando-se a dimensão impacto do cuidado. As estratégias de coping centradas na emoção associaram-se a níveis mais baixos de qualidade de vida. As variáveis sociodemográficas não demonstraram influência estatisticamente relevante.

Conclusão: Conclui-se que a qualidade de vida dos cuidadores informais é predominantemente determinada por fatores psicossociais. Como contributo relevante, destaca-se a análise integrada destes fatores num modelo explicativo, evidenciando o papel central da sobrecarga e das estratégias de coping. Estes resultados reforçam a necessidade de desenvolvimento de intervenções comunitárias direcionadas para a redução da sobrecarga e para a capacitação dos cuidadores informais.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Qualidade de Vida; Sobrecarga; Suporte Social; Coping

Abstract

Introduction: Demographic ageing, coupled with the increasing prevalence of dependency conditions, has reinforced the role of informal caregivers, who are frequently exposed to high levels of burden, with significant repercussions on their quality of life (QoL). In this context, it is essential to deepen the understanding of the psychosocial factors influencing the well-being of these individuals, particularly within the framework of long-term caregiving.

Objective: To analyse the relationship between informal caregiver burden, perceived social support, coping strategies, and quality of life.

Methods: This is a quantitative, observational, cross-sectional, and correlational study, comprising a sample of 48 informal caregivers. Data collection was conducted using a sociodemographic questionnaire and validated instruments: EUROHIS-QOL-8, MSPSS, CISS-21, and the Zarit Burden Interview. Statistical analysis included descriptive and non-parametric inferential procedures, as well as multiple linear regression analysis.

Results: The findings revealed moderate levels of quality of life and high levels of caregiver burden, with a predominance of moderate to severe burden. Caregiver burden emerged as the main negative predictor of QoL, particularly the impact of care dimension. Emotion-focused coping strategies were associated with lower levels of quality of life. Sociodemographic variables did not show statistically significant influence.

Conclusion: The quality of life of informal caregivers is predominantly determined by psychosocial factors. A key contribution of this study lies in the integrated analysis of these variables within an explanatory model, highlighting the central role of caregiver burden and coping strategies. These findings underscore the need to develop community-based interventions aimed at reducing caregiver burden and enhancing caregiver capacity.

Keywords: Informal Caregiver; Quality of Life; Caregiver Burden; Social Support; Coping

Introdução

O envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida observados na Europa representam um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de saúde e de proteção social. O crescimento da população idosa está intimamente associado ao aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas, degenerativas e de longa duração, exigindo respostas progressivamente mais complexas, continuadas, articuladas e humanizadas por parte dos serviços de saúde e das estruturas de apoio social (Eurocarers, 2024). Este cenário tem vindo a reforçar a necessidade de reorganização dos cuidados, sobretudo em contexto domiciliário e comunitário, onde a continuidade assistencial assume especial relevância.

Neste contexto, destaca-se o papel do cuidador informal, entendido como a pessoa que, de forma regular ou permanente, presta cuidados a uma pessoa em situação de dependência, designada pessoa cuidada, podendo ou não existir relação familiar, e sem que, para tal, receba remuneração. O cuidador informal pode assumir a condição de cuidador principal, quando assegura cuidados de forma contínua e exclusiva, ou de cuidador não principal, quando presta apoio de forma regular, mas não permanente (Portugal, Instituto da Segurança Social, 2026). Esta definição remete para uma realidade marcada por forte exigência física, emocional, social e organizacional, frequentemente invisibilizada no plano institucional, mas determinante na sustentação dos cuidados prestados no domicílio.

A dimensão deste fenómeno é particularmente expressiva no contexto europeu. De acordo com dados recentes da Eurocarers (2024), estima-se que existam cerca de 67 milhões de cuidadores informalmente ou oficialmente identificados na Europa, o que corresponde a aproximadamente 10 a 12% da população. Contudo, quando considerados os cuidadores não oficialmente registados, o número poderá situar-se entre 135 e 145 milhões, representando cerca de 20 a 25% da população adulta europeia. Assim, calcula-se que um em cada quatro europeus

adultos assumam responsabilidades de cuidado a familiares, idosos ou pessoas em situação de dependência, revelando a magnitude social, económica e humana desta realidade.

A análise comparativa entre países europeus evidencia, contudo, grandes disparidades no reconhecimento e apoio ao cuidador informal. Alguns países, como Alemanha, Finlândia, Suécia e França, apresentam sistemas consolidados de apoio, caracterizados pelo reconhecimento legal do cuidador, mecanismos formais de avaliação de necessidades e acesso universal à informação, formação e medidas de descanso. Além disso, disponibilizam formas de apoio financeiro direto ou indireto, através de subsídios, créditos de pensão e licenças laborais, promovendo uma efetiva conciliação entre vida familiar e profissional (Eurocarers, 2024). Em contraste, países como Portugal, Espanha, Itália e Irlanda apresentam sistemas em consolidação ou parcialmente estruturados, nos quais se observa um reconhecimento legal mais recente e uma implementação gradual de medidas de apoio, frequentemente desigual entre regiões. Nestes contextos, a formação e a disponibilização de informação começam a assumir maior expressão, mas a avaliação sistemática das necessidades e o apoio financeiro continuam a revelar-se limitados (Eurocarers, 2024).

Assim, o panorama europeu demonstra que, embora exista uma crescente consciencialização sobre a importância dos cuidadores informais, persistem desigualdades significativas entre países no que respeita ao reconhecimento, apoio e proteção social destes cidadãos. Em Portugal, apesar dos avanços registados com a criação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI) e da crescente atenção política e social ao tema, o apoio efetivo aos cuidadores continua a enfrentar desafios relevantes, nomeadamente ao nível da uniformização das medidas de apoio, da articulação entre serviços, da acessibilidade à informação e da efetiva operacionalização das respostas existentes.

O Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021) divulgou um estudo nacional que permitiu traçar um retrato detalhado da realidade dos cuidadores informais em Portugal, revelando que 59,1% dos cuidadores não conheciam o Estatuto do Cuidador Informal, o que reflete uma lacuna significativa de informação e acessibilidade aos apoios disponíveis. Face a esta realidade, torna-se essencial compreender o enquadramento legal que regula esta função, concretizado no ECI, uma vez que este estabelece o reconhecimento formal da pessoa que presta cuidados, de forma regular ou permanente, a um familiar ou a outra pessoa em situação de dependência, definindo os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como as medidas de apoio social, formativo e financeiro destinadas a promover o bem-estar, a proteção

e a valorização do cuidador informal no âmbito das políticas de saúde e ação social (Portugal, Lei n.º 86/2024, 2024).

A relevância desta problemática não decorre apenas da sua magnitude numérica, mas também do impacto profundo que o exercício do cuidar tem na vida dos cuidadores. Em muitos contextos, o suporte prestado a estes indivíduos continua a resultar essencialmente das redes familiares e comunitárias. Consequentemente, os níveis de sobrecarga física, emocional e social tendem a ser mais elevados, em virtude da escassez de apoios estruturados e da insuficiência de reconhecimento institucional (Eurocarers, 2024). Esta realidade é particularmente preocupante quando se considera que, em muitos casos, a prestação de cuidados se prolonga por meses ou anos, em condições de exigência constante e frequentemente com reduzida possibilidade de descanso.

Neste enquadramento, a intervenção das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) revela-se especialmente relevante. O Regulamento de Organização e Funcionamento das UCC define a missão e os princípios orientadores destas unidades, centrados na prestação de cuidados de saúde, bem como de apoio psicológico e social, de natureza domiciliária e comunitária, dirigidos a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade ou dependência. O mesmo regulamento sublinha a importância da acessibilidade, continuidade e articulação dos cuidados, bem como da participação comunitária, reconhecendo a UCC como uma estrutura basilar da rede de cuidados de proximidade (Portugal, Despacho n.º 10143/2009, 2009).

Desta forma, a intervenção da UCC junto dos cuidadores informais assume especial importância, uma vez que a sua atuação integrada na comunidade permite identificar necessidades, promover estratégias de apoio e desenvolver capacidades individuais e coletivas, contribuindo para a prevenção da sobrecarga física e emocional, para a promoção da qualidade de vida e para o reforço das redes formais e informais de suporte. Neste quadro, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ocupa uma posição particularmente estratégica.

De acordo com o perfil de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, este deve ser capaz de avaliar o estado de saúde das comunidades, identificar necessidades e prioridades em saúde, planear, implementar e avaliar intervenções promotoras de bem-estar coletivo, bem como incentivar o empoderamento e a participação ativa dos cidadãos nos processos de promoção da saúde (Portugal, Regulamento n.º 428/2018, 2018). Considerando que uma parte substancial da sua atividade é desenvolvida em contexto comunitário, designadamente nas UCC, este profissional encontra-se numa posição privilegiada

para reconhecer as necessidades dos cuidadores informais, promover o seu acompanhamento, desenvolver intervenções educativas e de capacitação e articular respostas que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida.

Na Europa, cerca de 80% dos cuidados de longa duração são assegurados por cuidadores informais, frequentemente pouco reconhecidos e, não raras vezes, negligenciados nas respostas institucionais (Eurocarers, 2024). Neste contexto, o enfermeiro especialista deve valorizá-los como elementos essenciais na continuidade dos cuidados no domicílio. A sua intervenção, particularmente no âmbito das UCC, deve ser orientada não apenas para a pessoa cuidada, mas também para o cuidador, reconhecendo-o como alvo legítimo de cuidados, acompanhamento, educação e suporte.

A qualidade de vida (QV) constitui, neste domínio, um conceito central. Trata-se de um constructo multidimensional que integra a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Inclui dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, refletindo o bem-estar global do indivíduo (Rosa et al., 2022). No caso dos cuidadores informais, a QV tende a ser negativamente influenciada pelas exigências do cuidado continuado, pelo impacto emocional associado à doença ou dependência da pessoa cuidada, pela limitação do tempo pessoal e social e pelas dificuldades económicas frequentemente associadas ao exercício deste papel.

A evidência científica disponível indica que, em Portugal, os cuidadores informais apresentam frequentemente níveis elevados de sobrecarga e impacto negativo na qualidade de vida, especialmente quando assumem o papel de cuidadores principais ou quando cuidam de pessoas em situação de dependência severa. Estes dados alinham-se com a evidência europeia, segundo a qual a sobrecarga constitui uma realidade transversal, ainda que modulada pela existência de apoio institucional, pela disponibilidade de respostas formais e pela acessibilidade a serviços de descanso do cuidador (Sorrentino et al., 2025).

A sobrecarga do cuidador pode ser definida como o conjunto de consequências negativas resultantes da prestação de cuidados, abrangendo dimensões física, emocional, social e financeira (Rosa et al., 2022). A sobrecarga física refere-se ao desgaste corporal associado às tarefas de cuidado, como mobilização, higiene, vigilância contínua e auxílio nas atividades de vida diária, frequentemente conduzindo a fadiga crónica e a problemas musculoesqueléticos. A sobrecarga emocional, por sua vez, diz respeito ao impacto psicológico do cuidar, incluindo stress, ansiedade, tristeza, frustração e, em muitos casos, sintomas depressivos, decorrentes da

responsabilidade contínua, da imprevisibilidade da evolução clínica da pessoa cuidada e da limitação da vida pessoal e social do cuidador (Rosa et al., 2022). Estudos recentes indicam que a sobrecarga está associada à intensidade e duração dos cuidados, sendo mais elevada em contextos de dependência severa e menos intensa quando existem redes formais de apoio ou estratégias de descanso adequadas (Sorrentino et al., 2025).

No plano psicossocial, o suporte social percebido assume igualmente um papel fundamental. Este conceito é definido como a percepção da disponibilidade e adequação do apoio proveniente da rede social, incluindo família, amigos e outros significativos. Trata-se de um conceito que ultrapassa a mera existência objetiva de apoio, enfatizando a forma como esse apoio é subjetivamente interpretado pelo cuidador (Zimet et al., 1988). Um elevado nível de suporte social percebido encontra-se associado a melhores indicadores de saúde mental, menor sobrecarga e melhor qualidade de vida entre cuidadores informais, funcionando como fator protetor face ao stress associado ao cuidar.

Também as estratégias de coping se revelam centrais para a compreensão da experiência de cuidar. Estas correspondem aos esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo indivíduo para lidar com situações de stress e exigências internas ou externas que excedem os seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984). No contexto dos cuidadores informais, estas estratégias podem assumir natureza adaptativa, como a resolução de problemas, a procura de suporte social, a reavaliação positiva e a aceitação, ou desadaptativa, como o evitamento, a negação ou o isolamento. Estratégias adaptativas tendem a associar-se a menor sobrecarga e melhor qualidade de vida, enquanto estratégias desadaptativas tendem a agravar o stress e a intensificar o impacto negativo do cuidar (Ruisoto et al., 2020). Assim, a promoção de coping eficaz constitui uma área central de intervenção junto dos cuidadores informais, com evidência de que programas de educação, treino em resolução de problemas e facilitação de redes de apoio podem melhorar o seu bem-estar (Ruisoto et al., 2020).

Em síntese, a qualidade de vida dos cuidadores informais deve ser entendida à luz da articulação entre múltiplas dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, bem como da percepção subjetiva que o cuidador tem da sua própria vida no contexto em que se insere. A evidência aponta para níveis de qualidade de vida inferiores aos da população geral, especialmente nas dimensões física e psicológica, sendo esta realidade influenciada pela sobrecarga, pelo suporte social percebido e pelas estratégias de coping adotadas (Rosa et al., 2022).

A realidade portuguesa reforça a pertinência desta problemática. Os cuidadores informais portugueses enfrentam níveis preocupantes de sobrecarga emocional e psicológica. Entre novembro de 2022 e janeiro de 2023, 83,3% dos cuidadores inquiridos admitiram ter sentido burnout ou exaustão emocional em algum momento. Apesar de a maioria dos cuidadores (77,9%) referir necessidade de apoio psicológico, apenas 16,8% procuraram efetivamente esse apoio (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2023). Estes dados evidenciam não apenas sofrimento psicológico expressivo, mas também dificuldades no acesso ou na mobilização de respostas de apoio.

Verifica-se, ainda, uma realidade marcada por impactos significativos na saúde mental e no bem-estar geral dos cuidadores informais. Muitos relatam diminuição da capacidade de lidar positivamente com as adversidades, menor propensão para o riso e para a perceção otimista da vida, bem como sentimentos persistentes de tensão, nervosismo e dificuldade em alcançar estados de descontração ou tranquilidade. Este quadro traduz uma fragilidade psicológica e emocional que ultrapassa a dimensão individual, refletindo igualmente uma vulnerabilidade social resultante do isolamento, da ausência de suporte estruturado e da pressão contínua inerente à prestação prolongada de cuidados (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2023).

A análise desta realidade evidencia que os cuidadores informais, apesar de constituírem um pilar essencial na continuidade dos cuidados e no funcionamento do sistema de saúde em Portugal, enfrentam níveis preocupantes de desgaste e vulnerabilidade. No que respeita às principais dificuldades associadas ao papel de cuidador, destacam-se as dimensões emocional e psicológica, seguidas dos desafios de ordem social e laboral, ambos com 59,1%, bem como das dificuldades financeiras, revelando o impacto transversal que a função de cuidar exerce sobre a vida pessoal, familiar e profissional dos cuidadores (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2023). Importa ainda sublinhar que quase metade dos participantes alterou ou abandonou a sua situação laboral para assumir o papel de cuidador, o que agrava a vulnerabilidade económica e social deste grupo.

A evidência europeia demonstra que os cuidadores informais apresentam níveis de qualidade de vida inferiores à população geral, com impactos particularmente relevantes nas dimensões física e psicológica, influenciados pelo acesso a serviços formais de apoio, pelas redes de suporte social e pela possibilidade de usufruir de períodos de descanso (Sorrentino et al., 2025). Observam-se, contudo, variações regionais associadas a diferenças nos sistemas de apoio, políticas de cuidado e disponibilidade de serviços, sendo os países do sul da Europa

tendencialmente mais vulneráveis quando comparados com contextos dotados de redes formais mais robustas (Sorrentino et al., 2025).

Em Portugal, embora uma maioria expressiva dos cuidadores reconheça a importância de períodos de descanso, a inexistência de respostas sociais estruturadas contribui para a manutenção de um ciclo contínuo de sobrecarga, desgaste e vulnerabilidade psicológica, com repercussões significativas na qualidade de vida (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021). Acresce que a coabitação com a pessoa cuidada parece aumentar o risco de deterioração da saúde do cuidador e associar-se a menor utilização de cuidados de saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas orientadas para o seu acompanhamento e proteção (Henriques et al., 2022).

Por outro lado, o suporte social percebido assume-se como fator protetor, associando-se a melhores resultados de saúde mental e menor sobrecarga, enquanto as estratégias de coping adaptativas emergem como elementos centrais na redução do impacto do cuidar e na promoção da qualidade de vida (Ruisoto et al., 2020). Neste sentido, o estudo integrado destas variáveis revela-se particularmente relevante, não apenas pela sua importância teórica, mas também pelo seu potencial contributo para o desenvolvimento de intervenções comunitárias e de enfermagem mais ajustadas às necessidades reais desta população.

Assim, torna-se pertinente aprofundar a análise dos fatores psicossociais associados à experiência de cuidar, particularmente em contexto comunitário, onde a intervenção de proximidade assume um papel determinante. O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal, o suporte social percebido, as estratégias de coping e a qualidade de vida, procurando compreender os fatores que influenciam o seu bem-estar e contribuir para o desenvolvimento de respostas mais eficazes e sustentadas.

1. Metodologia

A metodologia constitui uma componente essencial de qualquer processo de investigação científica, na medida em que define o percurso adotado para responder, de forma rigorosa e sistematizada, às questões de investigação formuladas. A sua explicitação permite assegurar a transparência, a coerência interna do estudo e a validade dos procedimentos utilizados na recolha, tratamento e análise dos dados.

Neste sentido, apresenta-se seguidamente o enquadramento metodológico do presente estudo, nomeadamente o tipo de estudo e desenho de investigação, as questões de investigação e objetivos, as variáveis em análise e respetiva operacionalização, os instrumentos de recolha de dados, os participantes, os procedimentos éticos e os procedimentos estatísticos adotados. Esta estrutura visa garantir a compreensão do percurso metodológico desenvolvido e sustentar a robustez científica do estudo.

1.1. Desenho do estudo

Face à evidência apresentada e à relevância crescente desta problemática no contexto da enfermagem comunitária, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a experiência de cuidar.

O presente estudo insere-se no projeto mais amplo “*Dar voz a quem cuida: um olhar sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais em contexto comunitário*”, assumindo uma abordagem analítica orientada para a identificação dos determinantes da qualidade de vida dos cuidadores informais, complementando a compreensão das suas vivências em contexto comunitário.

Neste sentido, compreender os fatores que influenciam a experiência de cuidar assume particular relevância no contexto da investigação em saúde, sobretudo no âmbito da enfermagem comunitária, onde os cuidadores informais constituem um grupo populacional frequentemente exposto a situações de vulnerabilidade.

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi adotado um desenho quantitativo, observacional, transversal e correlacional, com o objetivo de analisar a relação entre variáveis associadas ao papel do cuidador informal, nomeadamente a sobrecarga do cuidador, as estratégias de coping, o suporte social percebido e a qualidade de vida (QV).

A abordagem quantitativa caracteriza-se pela recolha e análise sistemática de dados numéricos, permitindo a medição objetiva de fenómenos e a identificação de relações entre variáveis através de procedimentos estatísticos. É amplamente utilizada em ciências da saúde, na medida em que possibilita a análise de padrões, tendências e associações que contribuem para a compreensão de fenómenos complexos relacionados com a saúde e o bem-estar das populações (Polit & Beck, 2021).

O estudo assume igualmente um delineamento observacional, uma vez que a investigadora não intervém nem manipula as variáveis em análise, limitando-se a observar e analisar os fenómenos tal como ocorrem no contexto natural dos participantes. Por este motivo, este tipo de delineamento é frequentemente utilizado em investigação em enfermagem para estudar fatores associados a condições de saúde e comportamentos em populações específicas.

Trata-se ainda de um estudo transversal, dado que a recolha de dados ocorre num único momento temporal, permitindo caracterizar a população em estudo e explorar as relações entre variáveis no momento da investigação. Os estudos transversais são particularmente úteis para identificar associações entre fatores psicossociais e indicadores de saúde, sendo amplamente utilizados na investigação em saúde comunitária (Setia, 2022).

O estudo apresenta também um caráter correlacional, uma vez que pretende analisar as relações estatísticas entre diferentes variáveis associadas à experiência do cuidado informal. A análise correlacional permite identificar associações entre variáveis, como, por exemplo, entre níveis de sobrecarga do cuidador e qualidade de vida, ou entre suporte social e estratégias de coping, contribuindo para uma melhor compreensão dos fatores que influenciam o bem-estar dos cuidadores informais (Wang & Cheng, 2020).

Assim, o desenho metodológico adotado permite caracterizar o perfil dos cuidadores informais e explorar as relações existentes entre variáveis psicossociais relevantes no contexto

do cuidado informal, fornecendo evidência científica que poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções comunitárias orientadas para a promoção da saúde e do bem-estar destes cuidadores.

1.2. Questões de investigação, objetivos e modelo conceptual

No desenvolvimento de qualquer estudo científico, a definição clara das questões de investigação e dos objetivos assume um papel estruturante, na medida em que orienta todo o processo investigativo, desde a recolha de dados até à análise e interpretação dos resultados. Estes elementos permitem delimitar o foco da investigação, clarificar o fenómeno em estudo e estabelecer as relações entre as variáveis a analisar no âmbito da problemática em questão.

O presente estudo centra-se na análise da experiência dos cuidadores informais, procurando compreender de que forma fatores psicossociais, nomeadamente a sobrecarga associada ao cuidado, o suporte social percebido e as estratégias de coping, influenciam a qualidade de vida (QV) destes indivíduos. A evidência científica tem demonstrado que o exercício prolongado do papel de cuidador informal está associado a impactos significativos no bem-estar físico, psicológico e social, podendo comprometer de forma relevante a sua qualidade de vida (Aloudiny et al., 2024).

Neste enquadramento, o estudo procura responder a um conjunto de questões de investigação que orientam a análise do fenómeno em estudo, designadamente:

- Qual é o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores informais?
- Qual é o nível de qualidade de vida dos cuidadores informais participantes no estudo?
- Qual é o nível de suporte social percebido pelos cuidadores informais?
- Que estratégias de coping são mobilizadas pelos cuidadores no processo de cuidar?
- Existe relação entre a sobrecarga do cuidador e a qualidade de vida?
- Existe relação entre o suporte social percebido e a qualidade de vida dos cuidadores informais?

A formulação destas questões permite explorar as relações existentes entre as variáveis psicossociais associadas ao papel de cuidador informal e aprofundar a compreensão da realidade vivenciada por estes indivíduos em contexto comunitário.

Com base nestas questões orientadoras, definiu-se como objetivo geral do estudo:

Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador informal, o suporte social percebido, as estratégias de coping e a qualidade de vida em cuidadores informais.

De forma mais específica, pretende-se:

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores informais participantes no estudo;

- Avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal;
- Avaliar o nível de suporte social percebido pelos cuidadores;
- Identificar as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais;
- Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores informais;
- Analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador e a qualidade de vida;
- Analisar a relação entre o suporte social percebido e a qualidade de vida;
- Explorar a associação entre as estratégias de coping e o bem-estar dos cuidadores.

Embora a formulação de hipóteses seja frequentemente utilizada em estudos quantitativos com o objetivo de testar relações entre variáveis, no presente estudo optou-se pela sua não formulação. Esta decisão decorre, essencialmente, da dimensão relativamente reduzida da amostra ($n = 48$). De acordo com a literatura científica, amostras de pequena dimensão podem comprometer o poder estatístico das análises inferenciais, aumentando o risco de ocorrência de erros do tipo II, ou seja, a não deteção de relações estatisticamente significativas entre variáveis mesmo quando estas existem na população (Lakens, 2022). Nestas circunstâncias, a formulação de hipóteses pode revelar-se metodologicamente desadequada, uma vez que a capacidade de as testar fica condicionada pela dimensão amostral.

Adicionalmente, em estudos quantitativos de natureza descritiva e correlacional com amostras reduzidas, é frequentemente recomendada a adoção de uma abordagem exploratória, privilegiando a formulação de questões de investigação e objetivos, permitindo a identificação de tendências, padrões e possíveis associações entre variáveis, sem a necessidade de testar hipóteses estatísticas formais (Thiese, 2020).

Assim, esta opção metodológica revela-se mais adequada à natureza e dimensão da amostra, contribuindo para uma compreensão inicial do fenómeno em estudo e constituindo uma base relevante para futuras investigações com amostras mais alargadas.

Tendo em consideração as questões formuladas e os objetivos do estudo, foi desenvolvido um modelo conceptual que orienta a análise das relações entre as variáveis em investigação (Figura 1).



Figura 1 - Modelo conceptual do estudo: relação entre a qualidade de vida e os determinantes psicossociais e sociodemográficos dos cuidadores informais.

O modelo conceptual proposto parte do pressuposto de que a qualidade de vida dos cuidadores informais é influenciada por diferentes fatores psicossociais associados ao processo de cuidar. Entre estes fatores destacam-se o suporte social percebido, as estratégias de coping mobilizadas para lidar com as exigências do cuidado e a sobrecarga associada ao papel de cuidador.

Neste contexto, a qualidade de vida dos cuidadores informais constitui a variável dependente do estudo, sendo analisada em função de três variáveis independentes: o suporte social percebido, as estratégias de coping e a sobrecarga do cuidador. O modelo conceptual assume que estas variáveis estabelecem relações entre si e com a qualidade de vida, permitindo analisar de que forma diferentes dimensões psicossociais associadas ao cuidado informal se relacionam com o bem-estar destes indivíduos.

1.3. Variáveis em estudo e respetiva operacionalização

No presente estudo, as variáveis foram definidas em articulação com o enquadramento teórico e com os objetivos da investigação, visando analisar a relação entre diferentes fatores psicossociais associados ao processo de cuidar e a qualidade de vida (QV) dos cuidadores informais de pessoas dependentes. A sua operacionalização foi orientada pelo modelo conceptual previamente definido, permitindo estruturar de forma coerente a análise das relações entre variáveis.

1.3.1. Variável dependente

A qualidade de vida dos cuidadores informais constitui a variável dependente do estudo, sendo conceptualizada como um constructo multidimensional que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, refletindo a perceção global do indivíduo sobre o seu bem-estar.

A avaliação da QV foi realizada através do instrumento **EUROHIS-QOL-8 (European Health Interview Survey – Quality of Life 8-item index)**, que permite medir a perceção global de qualidade de vida de forma válida, fiável e comparável em contexto epidemiológico.

1.3.2. Variáveis independentes

As variáveis independentes consideradas no estudo correspondem a fatores psicossociais diretamente associados à experiência do cuidado informal, nomeadamente:

- Suporte social percebido, avaliado através da Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS);
- Estratégias de coping, avaliadas através do Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21);
- Sobrecarga do cuidador, avaliada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Estas variáveis foram selecionadas com base na evidência científica que identifica o seu papel determinante na adaptação ao papel de cuidador e na qualidade de vida associada ao cuidar.

Para efeitos de análise comparativa e uniformização dos resultados, as pontuações obtidas nos diferentes instrumentos foram transformadas para uma escala de 0 a 100, mantendo a proporcionalidade dos valores originais. Nesta escala, valores mais elevados correspondem a maior intensidade da característica avaliada (por exemplo, maior suporte social percebido, maior utilização de estratégias de coping ou maior sobrecarga).

1.3.3. Variáveis de caracterização sociodemográfica e contextual

Com o objetivo de caracterizar a amostra e contextualizar os resultados obtidos, foram incluídas variáveis de natureza sociodemográfica e contextual, consideradas como variáveis de controlo no modelo de análise. Estas incluem: Idade; Género; Estado civil; Habilitações literárias; Situação profissional; Relação com a pessoa cuidada; Tempo de prestação de cuidados; Existência de apoio na prestação de cuidados.

Estas variáveis permitem compreender o contexto individual e social dos cuidadores, bem como analisar o seu possível efeito na relação entre as variáveis principais do estudo.

1.3.4. Critérios de operacionalização e categorização

Atendendo à natureza do estudo, à dimensão da amostra ($n = 48$) e aos pressupostos inerentes à utilização de métodos estatísticos não paramétricos, procedeu-se à operacionalização das variáveis através da categorização de variáveis contínuas e da recodificação de variáveis categóricas. Esta estratégia foi orientada por critérios teóricos, empíricos e de equilíbrio na distribuição dos grupos, visando assegurar robustez analítica, reduzir a dispersão dos dados e aumentar a interpretabilidade dos resultados.

No que respeita às variáveis sociodemográficas e contextuais, foram definidos os seguintes critérios de categorização:

- A **idade** foi dicotomizada em ≤ 60 anos e > 60 anos, tendo por base a literatura que distingue diferentes perfis de cuidadores em função do ciclo de vida, bem como potenciais diferenças ao nível da capacidade funcional, disponibilidade para o cuidar e impacto do papel de cuidador;
- O **tempo de prestação de cuidados** foi categorizado em ≤ 6 anos e > 6 anos, considerando o efeito cumulativo da duração do cuidado na sobrecarga e nos processos de adaptação do cuidador;

- As **habilitações literárias** foram agrupadas em nível baixo (até ao 2.º ciclo do ensino básico) e nível médio/alto ($\geq$ 3.º ciclo), refletindo diferenças no capital educacional, literacia em saúde e capacidade de mobilização de recursos;
- O **estado civil** foi recodificado em “com companheiro” e “sem companheiro”, atendendo ao potencial papel do suporte conjugal enquanto fator protetor na experiência de cuidar;
- A **situação profissional** foi agrupada em “ativo” e “não ativo”, considerando o impacto da atividade laboral na organização do tempo, disponibilidade para o cuidado e equilíbrio entre vida pessoal e responsabilidades de cuidar;
- A **fonte de rendimento** foi categorizada em “próprio” e “dependente”, permitindo analisar a autonomia económica como possível fator associado à experiência de cuidar;
- O **grau de parentesco** foi recodificado em “núcleo familiar direto” e “outros familiares”, tendo em consideração as diferenças na proximidade relacional e no envolvimento emocional no processo de cuidar;
- A **existência de apoio na prestação de cuidados** e a **prática religiosa** foram mantidas em formato dicotómico (sim/não), por se tratarem de variáveis de natureza categórica binária.

A adoção destes procedimentos de recodificação permitiu otimizar a distribuição dos dados, reduzir a variabilidade intra-grupos e garantir maior estabilidade nos testes estatísticos aplicados, nomeadamente na utilização de testes não paramétricos.

Importa referir que as variáveis provenientes de escalas psicométricas (EUROHIS-QOL-8, MSPSS, CISS-21 e Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit) foram mantidas na sua forma contínua, respeitando as recomendações dos autores e preservando a sensibilidade dos instrumentos na deteção de variações nos constructos avaliados.

Adicionalmente, as pontuações obtidas foram transformadas para uma escala comum de 0 a 100, com o objetivo de uniformizar a apresentação dos resultados e facilitar a comparabilidade entre dimensões e instrumentos, sem comprometer a validade estatística das análises.

A sistematização dos critérios de operacionalização e categorização adotados encontra-se sintetizada na Tabela 2, permitindo uma leitura integrada da estrutura do modelo de investigação e da articulação entre variáveis dependente, independentes e de controlo.

Tabela 2 - Síntese da operacionalização das variáveis do estudo: classificação, instrumentos de avaliação e critérios de recodificação

Variável	Tipo	Instrumento / Fonte	Dimensões / Categorias	Escala / Codificação	Forma de Cálculo / Recodificação	Interpretação
Qualidade de Vida	Tabela 1	EUROHISQOL-8	Unidimensional	Likert (1–5), itens 8	Média dos itens para transformação (0–100); categorização (moderada/elevada)	Valores mais elevados indicam melhor qualidade de vida
Suporte Social Percebido	Independente	MSPSS	Família; Amigos; Outros significativos; Total	Likert (1–7), itens 12	Média por dimensão e total para transformação (0–100)	Valores mais elevados indicam maior suporte social
Estratégias de Coping	Independente	CISS-21	Tarefa; Emoção; Evitamento; Global	Likert (1–5), itens 21	Média por dimensão para transformação (0–100)	Valores mais elevados indicam maior utilização da estratégia
Sobrecarga do Cuidador	Independente	Escala de Zarit	Impacto; Relações; Expectativas; Total	Likert (0–4), itens 22	Soma dos itens para transformação (0–100); categorização por níveis	Valores mais elevados indicam maior sobrecarga
Idade	Controlo	Questionário ad hoc	≤ 60 anos; > 60 anos	Categoria dicotómica	Recodificação da variável contínua	Diferença fases do ciclo de vida
Género	Controlo	Questionário ad hoc	Masculino; Feminino	Categoria nominal	Codificação direta	Caracterização da amostra
Estado civil	Controlo	Questionário ad hoc	Com companheiro; Sem companheiro	Categoria dicotómica	Recodificação	Presença de suporte conjugal
Habilidades literárias	Controlo	Questionário ad hoc	Baixa (≤2º ciclo); Média/Alta (≥3º ciclo)	Categoria dicotómica	Recodificação por níveis de escolaridade	Indicador de capital educacional
Situação profissional	Controlo	Questionário ad hoc	Ativo; Não ativo	Categoria dicotómica	Recodificação	Inserção no mercado de trabalho
Fonte de rendimento	Controlo	Questionário ad hoc	Próprio; Dependente	Categoria dicotómica	Recodificação	Autonomia financeira
Grau de parentesco	Controlo	Questionário ad hoc	Núcleo Direto; Outros familiares	Categoria dicotómica	Recodificação	Proximidade relacional
Tempo de prestação de cuidados	Controlo	Questionário ad hoc	≤ 6 anos; > 6 anos	Categoria dicotómica	Recodificação da variável contínua	Duração do papel de cuidador
Apoio na prestação de cuidados	Controlo	Questionário ad hoc	Sim; Não	Categoria dicotómica	Codificação direta	Existência de suporte informal/formal
Práticas religiosas	Controlo	Questionário ad hoc	Sim; Não	Categoria dicotómica	Codificação direta	Dimensão espiritual

1.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado (Anexo I), constituído por duas partes distintas: um questionário de caracterização sociodemográfica e contextual e um conjunto de instrumentos padronizados e validados, destinados à avaliação das variáveis em análise, nomeadamente a qualidade de vida, o suporte social percebido, as estratégias de coping e a sobrecarga do cuidador.

A seleção dos instrumentos foi orientada pelo modelo conceptual do estudo, assegurando a operacionalização consistente das variáveis dependente e independentes.

1.4.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e contextual

O questionário de caracterização sociodemográfica foi desenvolvido especificamente para o presente estudo (ad hoc), com o objetivo de recolher informação relevante para a caracterização da amostra.

Este instrumento inclui questões relativas a: Idade; Género; Estado civil; Habilitações literárias; Situação profissional; Fonte de rendimento; Zona de residência; Prática religiosa.

Para além destas variáveis, foram ainda incluídas questões específicas relacionadas com o contexto de prestação de cuidados, tais como: Grau de parentesco com a pessoa dependente; Tempo de prestação de cuidados; Existência de apoio na prestação de cuidados.

As questões são maioritariamente de resposta fechada, permitindo uma fácil codificação e tratamento estatístico dos dados.

1.4.2. Avaliação da qualidade de vida

A qualidade de vida, enquanto constructo multidimensional que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, foi avaliada através do EUROHIS-QOL-8 (European Health Interview Survey – Quality of Life 8-item index), uma versão abreviada e validada para avaliação global da qualidade de vida. Para os autores, a QV é definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, evidenciando o seu carácter subjetivo, multidimensional e dinâmico.

O EUROHIS-QOL-8 foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida breve, mas robusta, da QV global, sendo particularmente útil em estudos epidemiológicos e em investigações com múltiplas variáveis (Schmidt et al., 2006). O instrumento é constituído por oito itens, derivados do WHOQOL-BREF, que avaliam diferentes domínios da QV, nomeadamente físico, psicológico, social e ambiental, sendo, no entanto, conceptualizado como uma medida unidimensional (Rocha et al., 2012).

As respostas são registadas numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos, refletindo diferentes níveis de perceção relativamente a aspetos como a QV global, a satisfação com a saúde, a energia para a vida diária, a capacidade funcional, a autoestima, as relações interpessoais e as condições de vida. A sua brevidade permite reduzir a fadiga dos participantes, mantendo simultaneamente uma avaliação válida e fiável da QV.

No que respeita às propriedades psicométricas, o EUROHIS-QOL-8 apresenta uma boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,80 em diferentes estudos (Schmidt et al., 2006; Rocha et al., 2012), indicando uma adequada fiabilidade. Para além disso, apresenta boa validade de constructo, evidenciada pela forte correlação com o WHOQOL-BREF, o que sustenta a sua utilização como indicador global da QV.

Relativamente à cotação, a pontuação pode ser obtida através da soma dos oito itens, com valores que variam entre 8 e 40, ou através do cálculo da média dos itens. Adicionalmente, é possível transformar os resultados numa escala de 0 a 100, conforme recomendado pelo WHOQOL Group, permitindo uma interpretação mais intuitiva e comparabilidade com outros estudos (Rocha et al., 2012). Em qualquer das formas de cálculo, valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção de QV.

Importa referir que o instrumento não apresenta pontos de corte clínicos definidos, sendo a interpretação dos resultados realizada de forma contínua, com base na comparação entre grupos ou na análise da relação com outras variáveis. Assim, o EUROHIS-QOL-8 constitui um instrumento válido, fiável e adequado para a avaliação da QV em cuidadores informais, permitindo analisar a sua relação com fatores psicossociais relevantes no contexto do cuidado.

1.4.3. Avaliação do suporte social percebido

O suporte social percebido foi avaliado através da Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), instrumento amplamente utilizado para medir a perceção subjetiva de

apoio social proveniente de diferentes fontes significativas. O suporte social percebido refere-se à avaliação que o indivíduo realiza relativamente à disponibilidade e adequação do apoio emocional, instrumental e relacional fornecido pela sua rede social, sendo amplamente reconhecido como um fator protetor no contexto da saúde e do bem-estar (Zimet et al., 1988).

A MSPSS é constituída por 12 itens, organizados em três dimensões: suporte da família (itens 3, 4, 8 e 11), suporte dos amigos (itens 6, 7, 9 e 12) e suporte de pessoas significativas (itens 1, 2, 5 e 10). Esta estrutura tridimensional tem sido consistentemente confirmada na literatura, evidenciando uma adequada estabilidade fatorial em diferentes populações (Dambi et al., 2018).

As respostas são registadas numa escala de tipo Likert de 7 pontos, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. A pontuação pode ser calculada através da média dos itens, quer ao nível global, quer por dimensão, sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior perceção de suporte social.

Do ponto de vista psicométrico, a MSPSS apresenta excelentes propriedades, nomeadamente elevada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach superiores a 0,85 para a escala total e valores igualmente robustos nas subescalas (Zimet et al., 1988; Dambi et al., 2018). Para além disso, evidencia boa validade de constructo, suportada pela sua estrutura fatorial e pela sua utilização consistente em diversos contextos culturais.

Apesar de a MSPSS não prever originalmente a transformação dos resultados para uma escala de 0 a 100, optou-se, no presente estudo, por proceder a essa conversão, com o objetivo de uniformizar a apresentação dos resultados entre os diferentes instrumentos utilizados, nomeadamente com a escala de QV. Esta transformação foi realizada mantendo a proporcionalidade dos valores, através da aplicação de uma fórmula de conversão linear, não comprometendo a interpretação dos resultados nem as relações estatísticas entre variáveis.

Assim, após transformação, os resultados passaram a variar entre 0 e 100, correspondendo valores mais elevados a uma maior perceção de suporte social. Importa referir que, apesar da utilização de um score global, a análise foi também realizada ao nível das três dimensões da escala, permitindo uma compreensão mais detalhada das diferentes fontes de suporte social.

À semelhança de outros instrumentos psicométricos utilizados no presente estudo, a MSPSS não apresenta pontos de corte clínicos definidos, sendo a interpretação dos resultados realizada de forma contínua, com base na análise estatística e na comparação entre variáveis.

1.4.4. Avaliação das estratégias de *coping*

As estratégias de *coping* foram avaliadas através do *Coping Inventory for Stressful Situations* – versão reduzida (CISS-21), desenvolvido por Endler e Parker (1990), com o objetivo de avaliar os estilos de *coping* utilizados pelos indivíduos na gestão de situações de stress.

O conceito de *coping* refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais mobilizados pelo indivíduo para lidar com exigências internas ou externas percecionadas como excedendo os seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984). No contexto do cuidado informal, estas estratégias assumem particular relevância, influenciando os processos de adaptação psicológica do cuidador face às exigências prolongadas do cuidar.

O CISS-21 é constituído por 21 itens, organizados em três dimensões: *coping* orientado para a tarefa, *coping* orientado para a emoção e *coping* orientado para o evitamento. No presente estudo, a distribuição dos itens seguiu a estrutura da versão utilizada, sendo a dimensão tarefa composta pelos itens 1, 2, 6, 8, 11, 13, 16 e 19, a dimensão emocional pelos itens 3, 5, 10, 12, 14, 17 e 20, e a dimensão evitamento pelos itens 4, 7, 9, 15, 18 e 21.

As respostas são registadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, variando entre “nunca” e “muito frequentemente”, sendo a pontuação calculada por dimensão. Valores mais elevados indicam maior utilização do respetivo estilo de *coping*.

Relativamente às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna. O estudo de validação da versão portuguesa evidencia valores de alfa de Cronbach satisfatórios para as três dimensões, confirmando a fiabilidade do instrumento na população portuguesa (Pereira & Queirós, 2013). Estes resultados são consistentes com os estudos originais, que demonstram a robustez da estrutura tridimensional do instrumento (Endler & Parker, 1990).

À semelhança dos restantes instrumentos utilizados no presente estudo, procedeu-se à transformação dos resultados para uma escala de 0 a 100, com o objetivo de uniformizar a apresentação dos dados.

Por fim de referir que o CISS-21 não apresenta pontos de corte clínicos definidos, sendo a análise realizada de forma contínua e diferenciada por dimensão, em consonância com o modelo teórico subjacente.

1.4.5. Avaliação da Sobrecarga do cuidador informal

A sobrecarga do cuidador informal foi avaliada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (*Zarit Burden Interview*), originalmente desenvolvida por Zarit e Zarit (1983), sendo amplamente reconhecida como um dos instrumentos mais utilizados a nível internacional para a avaliação das repercussões associadas à prestação de cuidados a pessoas dependentes. Este instrumento baseia-se no conceito de sobrecarga enquanto um constructo multidimensional, que integra componentes objetivas e subjetivas decorrentes da experiência de cuidar (Zarit & Zarit, 1983).

A versão utilizada no presente estudo corresponde à adaptação e validação para a população portuguesa desenvolvida por Sequeira (2007), a qual demonstrou adequadas propriedades psicométricas e relevância clínica na avaliação da sobrecarga em cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, com ou sem demência.

A escala é constituída por 22 itens, apresentados sob a forma de afirmações que avaliam a percepção do cuidador relativamente ao impacto da prestação de cuidados em diferentes domínios da sua vida, nomeadamente saúde física e psicológica, vida social, situação económica e relação com a pessoa cuidada. As respostas são registadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 (“nunca”) e 5 (“quase sempre”), sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis superiores de sobrecarga (Sequeira, 2007).

A cotação da escala é obtida através da soma dos valores atribuídos aos itens, resultando num score global que varia entre 22 e 110 pontos. A interpretação dos resultados pode ser efetuada com base em pontos de corte amplamente utilizados na literatura: valores inferiores a 46 indicam ausência de sobrecarga, pontuações entre 46 e 56 correspondem a sobrecarga ligeira e valores superiores a 56 traduzem níveis de sobrecarga intensa (Sequeira, 2007).

No que respeita às propriedades psicométricas, a versão portuguesa da escala apresenta uma elevada consistência interna, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,93, valor que se encontra em consonância com estudos internacionais, nos quais são reportados coeficientes entre 0,79 e 0,92 (Martín et al., 1996). Estes resultados evidenciam uma boa fiabilidade do instrumento para a avaliação da sobrecarga em diferentes contextos culturais.

A análise fatorial realizada no estudo de validação português identificou uma estrutura multidimensional composta por quatro fatores, explicando aproximadamente 61,9% da variância total (Sequeira, 2007). O primeiro fator, designado “Impacto da prestação de

cuidados”, integra os itens 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22, refletindo as consequências diretas da prestação de cuidados na vida do cuidador, nomeadamente ao nível da saúde, do tempo disponível e das relações sociais. O segundo fator, “Relação interpessoal”, é constituído pelos itens 4, 5, 14, 18 e 19, avaliando o impacto da relação entre o cuidador e a pessoa dependente, incluindo sentimentos de tensão e dificuldade na interação. O terceiro fator, “Expectativas face ao cuidar”, inclui os itens 7, 8, 15 e 16, estando associado às preocupações e receios do cuidador relativamente ao futuro e à continuidade da prestação de cuidados. Por fim, o quarto fator, “Perceção de autoeficácia”, integra os itens 20 e 21, avaliando a perceção do cuidador quanto à sua competência e desempenho no exercício do papel de cuidador.

Apesar da identificação desta estrutura fatorial, diversos autores defendem a utilização do score global como indicador sintético da sobrecarga, dada a sua elevada consistência interna e forte correlação com os diferentes fatores (Zarit & Zarit, 1983). Ainda assim, a análise por dimensões pode revelar-se particularmente útil em contexto de investigação, permitindo uma compreensão mais aprofundada das diferentes componentes da sobrecarga.

Em síntese, a Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* apresenta-se como um instrumento válido, fiável e sensível para a avaliação da sobrecarga em cuidadores informais, permitindo não só a quantificação global deste constructo, mas também a análise das suas diferentes dimensões, constituindo uma ferramenta amplamente utilizada em estudos nacionais e internacionais nesta área.

A utilização destes instrumentos, amplamente validados e com adequadas propriedades psicométricas, assegura a fiabilidade e validade da recolha de dados, permitindo uma avaliação rigorosa das variáveis em estudo e garantindo a coerência entre o enquadramento teórico, o modelo conceptual e os procedimentos analíticos adotados.

1.5. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, selecionados através de um método de amostragem não probabilístico, por conveniência. A opção por esta estratégia amostral decorre da natureza exploratória do estudo e das limitações inerentes ao acesso à população-alvo, sendo frequentemente utilizada em investigação em contextos clínicos e comunitários, particularmente quando se pretende estudar grupos específicos e de difícil acesso.

A dimensão amostral é reduzida ($n = 48$), situando-se dentro do intervalo inicialmente previsto (45–48 participantes). Embora limitada, esta dimensão é considerada adequada em estudos de natureza descritiva e correlacional, permitindo a exploração de associações entre variáveis, ainda que com restrições ao nível da inferência estatística e da generalização dos resultados (Faber & Fonseca, 2014).

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão com o objetivo de assegurar a adequação dos participantes ao objeto de estudo. Como critérios de inclusão, consideraram-se indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que desempenham o papel de cuidador informal (principal ou não principal), com ou em processo de reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal, residentes na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego, com capacidade de compreensão da informação e de prestação de consentimento livre e esclarecido, manifestando disponibilidade para participar voluntariamente no estudo.

Relativamente aos critérios de exclusão, foram excluídos indivíduos que não desempenham funções regulares de prestação de cuidados, que residem fora da área geográfica definida ou que apresentam limitações cognitivas, comunicacionais ou emocionais que comprometam a compreensão das instruções e a qualidade da resposta aos instrumentos de recolha de dados, bem como aqueles que recusaram participar ou não formalizaram o consentimento informado.

A utilização de uma amostra por conveniência, associada à sua dimensão reduzida, constitui uma limitação metodológica, nomeadamente ao nível da representatividade e da extrapolação dos resultados para a população geral de cuidadores informais. Contudo, esta abordagem é considerada adequada em estudos exploratórios, permitindo obter evidência relevante sobre padrões e relações entre variáveis em contextos específicos (Setia, 2022).

1.5.1. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 48 cuidadores informais de pessoas dependentes, com idades compreendidas entre os 27 e os 85 anos, apresentando uma média de 57,98 anos ($DP = 10,04$) e uma mediana de 58 anos, o que evidencia uma distribuição centrada em indivíduos de meia-idade e idosos.

Verifica-se uma predominância expressiva do sexo feminino ($n = 39$; 81,3%), em contraste com o sexo masculino ($n = 9$; 18,8%), corroborando a evidência amplamente descrita na literatura relativamente à feminização do papel de cuidador informal.

No que respeita ao estado civil, a maioria dos participantes encontra-se casada ou em união de facto ($n = 30$; 62,5%), seguindo-se os indivíduos divorciados ou separados ($n = 9$; 18,8%), solteiros ($n = 7$; 14,6%) e viúvos ($n = 2$; 4,2%), sugerindo uma predominância de contextos familiares estruturados.

Relativamente à zona de residência, observa-se uma ligeira predominância de participantes provenientes de meio rural ($n = 26$; 54,2%), face a 22 participantes (45,8%) residentes em meio urbano, o que pode refletir especificidades contextuais associadas ao acesso a serviços e redes de suporte.

Ao nível das habilitações literárias, destaca-se uma maior concentração nos níveis de escolaridade mais baixos, com predominância do 1.º ciclo do ensino básico ($n = 21$; 43,8%), seguido do 3.º ciclo ($n = 14$; 29,2%) e do 2.º ciclo ($n = 10$; 20,8%). A presença de participantes com ensino superior é residual ($n = 2$; 4,2%), sendo igualmente reduzido o número de indivíduos sem escolaridade formal ($n = 1$; 2,1%), evidenciando um perfil educativo globalmente baixo.

No que concerne à situação profissional, verifica-se que metade da amostra se encontra desempregada ($n = 24$; 50,0%), seguindo-se os reformados ($n = 9$; 18,8%), os empregados ($n = 8$; 16,7%) e as domésticas ($n = 7$; 14,6%). Este padrão poderá refletir o impacto da prestação de cuidados na participação no mercado de trabalho.

Relativamente às fontes de rendimento, observa-se uma distribuição heterogénea, com predominância de apoio familiar ($n = 15$; 31,3%) e apoios sociais ($n = 13$; 27,1%), seguidos de pensões de reforma ($n = 11$; 22,9%) e rendimentos provenientes de atividade profissional ($n = 8$; 16,7%). A utilização de fontes informais de rendimento é residual ($n = 1$; 2,1%).

A análise do grau de parentesco evidencia que a prestação de cuidados é maioritariamente assegurada por filhos/as ($n = 22$; 45,8%), seguidos de cônjuges ($n = 11$; 22,9%) e pais/mães ($n = 11$; 22,9%). Os irmãos/ãs ($n = 2$; 4,2%) e netos/as ($n = 2$; 4,2%) representam uma proporção minoritária, reforçando o papel central da família nuclear na prestação de cuidados.

No que respeita ao tempo de prestação de cuidados, verifica-se uma média de 10,94 anos ($DP = 11,54$), com valores compreendidos entre 1 e 44 anos. A mediana de 6 anos, associada a uma assimetria positiva, sugere a coexistência de trajetórias de cuidado recentes com um subconjunto de cuidadores com experiências prolongadas, contribuindo para o aumento do valor médio.

Relativamente à existência de apoio na prestação de cuidados, 26 participantes (54,2%) referem dispor de suporte, enquanto 22 (45,8%) indicam não ter qualquer tipo de apoio, aspeto particularmente relevante na compreensão da sobrecarga associada ao papel de cuidador.

Por fim, observa-se que a maioria dos participantes refere possuir prática religiosa ($n = 42$; 87,5%), sendo reduzido o número daqueles que não apresentam prática religiosa ($n = 6$; 12,5%). Esta variável poderá assumir relevância enquanto recurso de coping e suporte emocional no contexto do cuidar.

1.6. Procedimentos Éticos

A realização do presente estudo respeitou integralmente os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, assegurando o cumprimento das normas deontológicas e legais aplicáveis. Foram considerados os princípios consagrados na Declaração de Helsínquia, nomeadamente no que se refere ao respeito pela dignidade humana, autonomia, beneficência e não maleficência.

Previamente ao início da recolha de dados, foram obtidas as autorizações institucionais necessárias, garantindo que o estudo decorreu em conformidade com os regulamentos em vigor nas entidades envolvidas. O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, tendo obtido parecer favorável (cf. Anexo II).

Todos os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos, natureza e procedimentos do estudo, sendo-lhes disponibilizado um documento de consentimento informado, redigido de forma clara e acessível, o qual foi assinado previamente à participação. Foi assegurado o carácter voluntário da participação, bem como o direito de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

A proteção da identidade dos participantes foi garantida através da anonimização dos dados, mediante a atribuição de um código numérico único, sem associação a elementos identificativos pessoais. A recolha de dados foi efetuada através de questionários em suporte papel, posteriormente digitalizados para tratamento estatístico.

Os dados foram armazenados em dispositivo informático institucional, protegido por palavra-passe e de acesso restrito à investigadora principal, sendo conservados por um período máximo de seis meses após a conclusão da análise estatística. Decorrido este período, os

ficheiros digitais foram eliminados de forma segura e definitiva, e os questionários em suporte físico destruídos por trituração.

Foi assegurada a confidencialidade e integridade da informação recolhida, sendo os dados tratados exclusivamente para fins científicos e apresentados de forma agregada, impossibilitando a identificação individual dos participantes.

Todo o processo respeitou o disposto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (UE) 2016/679), bem como as orientações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida relativas à investigação envolvendo seres humanos.

Deste modo, o estudo foi conduzido com rigor ético, garantindo a salvaguarda dos direitos, da dignidade e do bem-estar dos participantes.

1.7. Procedimentos Estatísticos

O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 29.

Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva das variáveis, através do cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever o comportamento das variáveis em estudo.

Atendendo à dimensão reduzida da amostra ($n = 48$), optou-se pela utilização de métodos estatísticos não paramétricos, considerados mais robustos quando não estão assegurados os pressupostos de normalidade. A normalidade das distribuições foi avaliada através do teste de Kolmogorov–Smirnov, complementado pela análise dos coeficientes de assimetria e curtose.

Para a comparação entre dois grupos independentes, foi utilizado o teste de Mann–Whitney U, adequado para variáveis ordinais ou contínuas não normalmente distribuídas. Quando a comparação envolveu mais do que dois grupos independentes, recorreu-se ao teste de Kruskal–Wallis, enquanto alternativa não paramétrica à análise de variância (ANOVA).

A análise das associações entre variáveis foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman (ρ), apropriado para avaliar relações monotónicas entre variáveis ordinais ou contínuas não paramétricas. A magnitude das correlações foi interpretada de acordo com critérios convencionais: valores de $\rho < 0,30$ indicam correlação fraca, entre 0,30 e 0,59

correlação moderada e $\geq 0,60$ correlação forte, considerando sempre o contexto clínico e científico (Marôco, 2018).

Adicionalmente, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla com o objetivo de identificar os principais preditores da qualidade de vida dos cuidadores informais. Apesar de se tratar de um método paramétrico, a sua aplicação foi considerada adequada para fins exploratórios e preditivos, tendo sido interpretada com cautela face à dimensão amostral e à natureza dos dados.

O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$.

Para complementar a interpretação dos resultados, procedeu-se ao cálculo do tamanho do efeito (effect size), permitindo avaliar a relevância prática das diferenças observadas. No caso do teste de Mann–Whitney, o tamanho do efeito foi calculado através da fórmula:

$$R = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

em que **Z** corresponde ao valor do estatístico padronizado e **N** ao número total de observações.

A interpretação do tamanho do efeito seguiu os critérios propostos por Cohen, considerando valores de 0,10 como efeito pequeno, 0,30 como efeito moderado e 0,50 como efeito elevado.

A inclusão do tamanho do efeito permitiu complementar a análise baseada no valor de **o** mais robusta dos resultados, particularmente relevante dimensão.

Resultados

O presente capítulo tem como objetivo a apresentação e análise dos resultados obtidos no âmbito do estudo empírico desenvolvido. Inicialmente, procede-se à descrição das variáveis em análise, recorrendo a estatísticas descritivas que permitem caracterizar o seu comportamento na amostra. Seguidamente, são exploradas as relações entre as variáveis, com base em testes estatísticos adequados, de forma a responder às questões de investigação definidas. A apresentação dos resultados é acompanhada da respetiva interpretação, procurando evidenciar os principais padrões observados.

Análise descritiva das variáveis em estudo

No presente ponto procede-se à análise descritiva das principais variáveis em estudo, com o objetivo de caracterizar a sua distribuição na amostra. Para o efeito, são apresentadas medidas de tendência central, dispersão e forma da distribuição, permitindo uma compreensão inicial do comportamento das variáveis psicossociais analisadas.

Suporte social percebido

A análise do suporte social percebido revela padrões distintos entre as diferentes fontes de apoio consideradas. A dimensão “Família” destaca-se por apresentar o valor médio mais elevado ($M = 59,11$; $DP = 23,78$), sugerindo que o núcleo familiar constitui a principal referência de suporte para os participantes. De forma semelhante, a dimensão “Outros significativos” evidencia também valores relativamente elevados ($M = 57,12$; $DP = 20,79$), reforçando a importância das relações interpessoais mais próximas.

Em contraste, o suporte proveniente de “Amigos” apresenta uma média inferior ($M = 47,92$; $DP = 23,25$), apontando para uma menor percepção de apoio nesta esfera relacional. Este padrão poderá refletir diferenças na proximidade relacional ou na disponibilidade de redes sociais mais alargadas.

No que concerne ao suporte social global, observa-se um valor médio de 54,72 ($DP = 18,19$), situando-se este num nível intermédio. A dispersão dos resultados revela-se expressiva, como evidenciado pelos valores de desvio padrão e pela amplitude observada, o que sugere uma heterogeneidade considerável na forma como os participantes percecionam o apoio disponível. A presença de valores mínimos próximos de zero em algumas dimensões reforça a existência de casos com percepção muito reduzida de suporte social.

A análise da assimetria e curtose indica que as distribuições das variáveis se aproximam da normalidade, apresentando valores de assimetria ligeiramente negativos, o que sugere uma tendência para concentrações de respostas em valores mais elevados. Os valores de curtose próximos de zero indicam distribuições relativamente mesocúrticas, sem desvios acentuados da normalidade.

Adicionalmente, os coeficientes de variação evidenciam níveis moderados a elevados de dispersão, particularmente na dimensão “Amigos”, sugerindo uma maior heterogeneidade na percepção de suporte social proveniente desta fonte.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas do suporte social percebido (n = 48)

Dimensão	M	DP	CV (%)	Med	Min	Máx	Ass	K
Família	59,11	23,78	40,22	62,50	0,00	100,00	-0,552	-0,294
Amigos	47,92	23,25	48,53	47,92	0,00	91,67	-0,009	-1,111
Outros significativos	57,12	20,79	36,40	58,33	12,50	91,67	-0,471	-0,486
Suporte social total	54,72	18,19	33,25	58,33	13,89	90,28	-0,295	-0,433

Nota: M = média; DP = desvio padrão; CV = coeficiente de variação; Med = mediana; Min = mínimo; Max = máximo; Ass = assimetria; Ku = curtose.

Explorou-se as associações entre as diferentes dimensões do suporte social tendo os resultados evidenciados um padrão global de relações positivas, ainda que com intensidades diferenciadas.

A relação entre o suporte proveniente da “Família” e de “Outros significativos” assume particular destaque, apresentando uma correlação forte e estatisticamente significativa ($\rho = 0,768$; $p < 0,001$), correspondendo a cerca de 59,0% de variância partilhada entre as duas dimensões. Este resultado sugere que os indivíduos que percecionam elevados níveis de apoio familiar tendem igualmente a reconhecer suporte significativo noutras relações próximas.

Por sua vez, a dimensão “Outros significativos” demonstra uma associação muito forte com o suporte social global ($\rho = 0,856$; $p < 0,001$), explicando aproximadamente 73,3% da variabilidade desta medida o que reforça o seu papel determinante na construção da perceção global de suporte. Também a dimensão “Família” apresenta uma relação robusta com o suporte total ($\rho = 0,836$; $p < 0,001$) com uma variabilidade de 69.9%, o que reforça a centralidade do contexto familiar.

Relativamente ao suporte proveniente de “Amigos”, observa-se uma associação moderada com “Outros significativos” ($\rho = 0,372$; $p = 0,009$) e uma relação igualmente relevante com o suporte social global ($\rho = 0,692$; $p < 0,001$). No entanto, a correlação com a dimensão “Família” não atinge significância estatística ($\rho = 0,282$; $p = 0,052$), sugerindo uma relativa independência entre estas duas fontes de suporte.

De um modo geral, os resultados apontam para uma interdependência entre as diferentes dimensões do suporte social, embora com contributos diferenciados para a perceção global, sendo particularmente evidente o peso das relações mais próximas e significativas.

Tabela 4 - Correlações de Spearman entre as dimensões do suporte social

Variáveis	1. Família	2. Amigos	3. Outros significativos	4. Suporte social total
1. Família	-			
2. Amigos	0,282	-		
3. Outros significativos	0,768**	0,372**	-	
4. Suporte social total	0,836**	0,692**	0,856**	-

Nota: ** $p < 0,01$

Sobrecarga do cuidador

A análise das dimensões da sobrecarga do cuidador (Tabela 5) evidencia níveis globalmente elevados, com destaque para a dimensão “Expectativas”, que apresenta a média

mais alta ($M = 71,67$; $DP = 13,26$), sugerindo exigências percebidas particularmente intensas associadas ao papel de cuidador. Segue-se a dimensão “Relação” ($M = 67,81$; $DP = 11,48$), refletindo o impacto das dinâmicas interpessoais no contexto do cuidado.

A dimensão “Impacto” apresenta valores ligeiramente inferiores ($M = 58,98$; $DP = 17,97$), embora ainda indicativos de uma carga considerável associada às responsabilidades de cuidar. No que se refere à sobrecarga global, observa-se uma média de 63,87 ($DP = 13,18$), apontando para níveis moderados a elevados na amostra.

Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada, sendo mais acentuada na dimensão “Impacto”, o que sugere maior heterogeneidade nas experiências dos cuidadores nesta componente. Relativamente à forma das distribuições, os valores de assimetria e curtose não evidenciam desvios acentuados da normalidade, embora se observe uma ligeira tendência para concentração de valores mais elevados em algumas dimensões.

Tabela 5 - Estatísticas descritivas das dimensões da sobrecarga

Dimensão	M	DP	CV (%)	Med	Min	Máx	Ass	Ku
Impacto	58,98	17,97	30,48	58,33	25,00	100,00	0,209	-0,761
Relação	67,81	11,48	16,93	70,00	40,00	95,00	-0,260	0,429
Expectativas	71,67	13,26	18,50	70,00	50,00	100,00	0,666	-0,474
Sobrecarga total	63,87	13,18	20,64	64,20	40,91	98,86	0,273	-0,439

Realizou-se também uma correlação de Spearman para analisar a associação existente entre as dimensões da sobrecarga. Os resultados revelaram um padrão consistente de correlações positivas, com magnitudes diferenciadas.

Destaca-se a relação extremamente forte entre a dimensão “Impacto” e a sobrecarga total ($\rho = 0,962$; $p < 0,001$), correspondendo a aproximadamente 92,5% de variância partilhada, o que demonstra o peso determinante desta dimensão na avaliação global da sobrecarga.

A dimensão “Relação” apresenta igualmente uma associação forte com a sobrecarga total ($\rho = 0,673$; $p < 0,001$), explicando cerca de 45,3% da variância, enquanto a dimensão “Expectativas” evidencia uma correlação de magnitude semelhante ($\rho = 0,663$; $p < 0,001$), correspondendo a aproximadamente 43,9% de variância explicada.

Entre as dimensões, observa-se ainda uma associação moderada entre “Impacto” e “Relação” ($\rho = 0,586$; $p < 0,001$), bem como entre “Impacto” e “Expectativas” ($\rho = 0,515$; $p < 0,001$).

0,001), sugerindo que estas componentes tendem a coexistir no contexto da experiência de sobrecarga.

Tabela 6 - Correlações de Spearman entre dimensões da sobrecarga do cuidador

Variáveis	Impacto	Relação	Expectativas	Sobrecarga total
Impacto	-	0,586**	0,515**	0,962**
Relação		-	0,282	0,673**
Expectativas			-	0,663**

Nota: $p < 0,01$

Por último a distribuição dos níveis de sobrecarga evidencia um predomínio de situações de sobrecarga moderada, que abrange 26 participantes (54,2%). Ainda assim, observa-se uma proporção considerável de cuidadores com sobrecarga severa ($n = 19$; 39,6%), o que aponta para um nível de exigência elevado associado ao papel de cuidador informal nesta amostra.

Por outro lado, apenas uma pequena fração dos participantes apresenta níveis de sobrecarga ligeira ($n = 3$; 6,3%), sugerindo que a maioria dos cuidadores experiencia, em maior ou menor grau, impactos significativos decorrentes da prestação de cuidados (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos níveis de sobrecarga do cuidador

Nível de sobrecarga	n	%
Sobrecarga ligeira	3	6,3
Sobrecarga moderada	26	54,2
Sobrecarga severa	19	39,6

Estratégias de *Coping*

A análise das estratégias de *coping* evidencia diferenças relevantes na forma como os participantes lidam com as exigências associadas ao papel de cuidador. A estratégia centrada na tarefa apresenta a média mais elevada ($M = 63,13$; $DP = 18,78$), sugerindo uma maior tendência para a adoção de comportamentos orientados para a resolução de problemas.

Por sua vez, o *coping* focado na emoção regista o valor médio mais baixo ($M = 45,10$; $DP = 17,61$), indicando uma menor utilização de estratégias associadas à gestão emocional das

situações stressantes. A dimensão de evitamento apresenta valores intermédios ($M = 50,43$; $DP = 10,95$), refletindo um recurso moderado a estratégias de distanciamento ou evasão.

Relativamente ao *coping* global, observa-se uma média de 52,18 ($DP = 11,41$), sugerindo um nível moderado de utilização global de estratégias de enfrentamento. Os coeficientes de variação indicam maior dispersão na dimensão emocional, o que aponta para maior heterogeneidade na forma como os participantes lidam emocionalmente com o stress.

No que respeita à forma das distribuições, os valores de assimetria e curtose não evidenciam desvios acentuados da normalidade, embora se observe uma ligeira tendência negativa na maioria das dimensões, indicando concentração de valores mais elevados, particularmente no *coping* orientado para a tarefa.

Tabela 8 - Estatísticas descritivas das dimensões do coping (n = 48)

Dimensão	M	DP	CV (%)	Med	Min	Máx	Ass	Ku
Coping tarefa	63,13	18,78	29,77	70,00	15,00	95,00	-0,626	-0,312
Coping emoção	43,10	17,61	39,05	42,50	20,00	80,00	0,320	-1,001
Coping evitamento	50,43	10,95	21,72	50,00	27,27	68,18	-0,290	-0,530
Coping global	52,18	11,41	21,87	54,76	27,38	73,81	-0,313	-0,520

Para as diferentes dimensões da escala efetuaram-se correlações de *Spearman* que evidenciaram um conjunto de relações positivas, ainda que com intensidades distintas, o que sugere a coexistência de diferentes formas de enfrentamento no contexto da prestação de cuidados.

A dimensão de evitamento apresenta correlações moderadas com o *coping* orientado para a tarefa ($\rho = 0,518$; $p < 0,001$) e com o *coping* focado na emoção ($\rho = 0,511$; $p < 0,001$), correspondendo a cerca de 26,8% e 26,1% de variância partilhada, respetivamente. Estes resultados sugerem que, apesar das diferenças conceptuais entre estas estratégias, a sua utilização pode ocorrer de forma concomitante.

Destaca-se, no entanto, a forte associação entre o *coping* de evitamento e o *coping* global ($\rho = 0,882$; $p < 0,001$), explicando aproximadamente 77,8% da variância, o que evidencia o contributo expressivo desta dimensão para o padrão global de *coping* dos participantes.

De igual modo, tanto o *coping* orientado para a tarefa ($\rho = 0,710$; $p < 0,001$) como o *coping* focado na emoção ($\rho = 0,719$; $p < 0,001$) apresentam correlações fortes com o *coping* global, correspondendo a cerca de 50,4% e 51,7% de variância explicada, respetivamente.

Por outro lado, a associação entre *coping* tarefa e *coping* emoção revela-se fraca e não estatisticamente significativa ($\rho = 0,235$; $p = 0,107$), sugerindo relativa independência entre estas duas estratégias de enfrentamento.

Globalmente, os resultados apontam para uma estrutura multidimensional do *coping*, na qual diferentes estratégias podem ser mobilizadas de forma simultânea, contribuindo, em conjunto, para o perfil global de enfrentamento dos cuidadores.

Tabela 9 – Correlações de Spearman entre as dimensões do coping

Variáveis	1	2	3	4
1. Coping tarefa	-			
2. Coping emoção	0,235	-		
3. Coping evitamento	0,518**	0,511**	-	
4. Coping global	0,710**	0,719**	0,882**	-

Nota: $p < 0,01$

Qualidade de Vida (QV)

As estatísticas relacionadas com a QV dos participantes estão inseridas na Tabela 10. Como se observa, regista um valor médio de 60,22 (DP = 12,28), situando-se num nível globalmente moderado. A mediana (Med = 56,25) ligeiramente inferior à média sugere uma distribuição com leve assimetria positiva, o que é corroborado pelo valor do coeficiente de assimetria (Ass = 0,316), indicando uma tendência para a concentração de respostas em valores mais baixos.

A dispersão dos resultados pode ser considerada moderada, conforme evidenciado pelo coeficiente de variação (CV = 20,39%), revelando alguma heterogeneidade na perceção da QV entre os participantes. Os valores mínimos (34,38) e máximo (87,50) reforçam a existência de variações individuais relevantes.

No que respeita à forma da distribuição, o valor de curtose (Ku = -0,459) sugere uma distribuição ligeiramente platicúrtica, sem desvios acentuados da normalidade.

Tabela 10 - Estatísticas descritivas da QV

Variável	M	DP	CV (%)	Med	Min	Máx	Ass	Ku
Qualidade de vida	60,22	12,28	20,89	56,25	34,38	87,50	0,316	-0,459

Apresenta-se na Tabela 11 a distribuição dos níveis de QV. Evidencia-se um claro predomínio da categoria moderada, que integra 33 participantes (68,8%). Por sua vez, 15 indivíduos (31,2%) mostram níveis elevados de QV.

A ausência de casos classificados em níveis baixos sugere que, apesar das exigências associadas ao papel de cuidador, os participantes tendem a perceber a sua QV como, pelo menos, moderadamente satisfatória. Ainda assim, a predominância de valores intermédios aponta para um equilíbrio potencialmente frágil, suscetível à influência de fatores como a sobrecarga, o suporte social e as estratégias de *coping*.

Tabela 11 - Distribuição dos níveis de QV

Categoria	n	%
Qualidade de vida moderada	33	68,8
Elevada qualidade de vida	15	31,2

Análise da relação entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e contextuais

Com o objetivo de aprofundar a compreensão dos fatores associados à qualidade de vida dos cuidadores informais, procedeu-se à análise da sua relação com um conjunto de variáveis sociodemográficas e contextuais. Esta análise permitiu explorar a eventual influência de características individuais, familiares e situacionais na perceção de qualidade de vida, recorrendo a procedimentos estatísticos adequados à natureza das variáveis em estudo.

Associação entre variáveis sociodemográficas/categoriais e níveis de qualidade de vida

Com o intuito de explorar a associação entre a QV dos cuidadores e um conjunto de variáveis sociodemográficas e contextuais, procedeu-se à realização de análises bivariadas através de tabelas de contingência, complementadas pelo teste do qui-quadrado de independência. Atendendo à dimensão reduzida da amostra e à existência de frequências esperadas inferiores a 5 em algumas células, foram igualmente considerados os valores de significância exata (teste de Fisher), garantindo maior robustez interpretativa.

No que respeita ao género, embora se observe uma tendência para uma maior proporção de QV elevada no grupo masculino (55,6%) em comparação com o feminino (25,6%), esta

associação não atinge significância estatística ($\chi^2=3,046$; $p=0,081$; p exato= $0,115$). Ainda assim, este resultado sugere uma possível diferença que poderá ganhar relevância em amostras de maior dimensão.

Relativamente à idade, categorizada em ≤ 60 anos e >60 anos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição da QV ($\chi^2=0,458$; $p=0,499$). De forma semelhante, o tempo de prestação de cuidados (≤ 6 anos vs. >6 anos) revelou uma distribuição praticamente equivalente entre os níveis de QV, não sendo observada qualquer associação significativa ($\chi^2=0,014$; $p=0,907$). Estes resultados indicam que, nesta amostra, nem a idade nem a duração do papel de cuidador parecem influenciar de forma determinante a perceção de QV.

No que concerne às habilitações literárias, verificou-se que os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos apresentam uma proporção superior de QV elevada (37,5%) comparativamente aos de escolaridade média/alta (18,8%). Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2=1,745$; $p=0,186$), devendo ser interpretada com cautela.

Também as variáveis estado civil, situação profissional, fonte de rendimento e grau de parentesco não evidenciaram associações estatisticamente significativas com a QV ($p>0,05$ em todos os casos), sugerindo uma relativa homogeneidade na distribuição desta variável em função destas características.

Por outro lado, a variável “existência de apoio para a prestação de cuidados” apresentou um padrão particularmente relevante. Observou-se que os cuidadores que referem dispor de apoio apresentam uma maior proporção de QV elevada (42,3%), em contraste com aqueles que não dispõem de apoio (18,2%). Embora esta associação não atinja o nível de significância estatística convencional ($\chi^2=3,228$; $p=0,072$; p exato= $0,118$), demonstra uma tendência consistente e teoricamente plausível, apontando para o papel potencialmente protetor do suporte no contexto do cuidar.

Finalmente, a prática de uma doutrina religiosa não revelou associação significativa com a QV ($\chi^2=0,679$; $p=0,410$), apesar de se observar uma ligeira tendência para melhores níveis de QV entre os participantes praticantes.

Globalmente, os resultados sugerem a ausência de associações estatisticamente significativas entre a maioria das variáveis sociodemográficas analisadas e a QV, o que é corroborado pelos valores dos resíduos ajustados, que não ultrapassam o limiar crítico de $\pm 1,96$. No entanto, algumas tendências observadas, nomeadamente ao nível do género e da existência

de apoio na prestação de cuidados, apontam para possíveis relações que merecem ser aprofundadas em estudos futuros, preferencialmente com amostras de maior dimensão, de modo a aumentar o poder estatístico e a robustez das conclusões.

Tabela 12 - Associação entre variáveis categóricas e níveis de QV

Variável	Categoria	QV Moderada n (%)	QV Elevada n (%)	X ²	p
Gênero	Masculino	4 (44,4%)	5 (55,6%)	3,046	0,081
	Feminino	29 (74,4%)	10 (25,6%)		
Idade	≤ 60 anos	21 (72,4%)	8 (27,6%)	0,458	0,499
	> 60 anos	12 (63,2%)	7 (36,8%)		
Tempo cuidador	≤ 6 anos	17 (68,0%)	8 (32,0%)	0,014	0,907
	> 6 anos	16 (69,6%)	7 (30,4%)		
Habilitações	Baixa	20 (62,5%)	12 (37,5%)	1,745	0,186
	Média/Alta	13 (81,3%)	3 (18,8%)		
Estado civil	Com companheiro	20 (66,7%)	10 (33,3%)	0,162	0,688
	Sem companheiro	13 (72,2%)	5 (27,8%)		
Situação profissional	Ativo	6 (75,0%)	2 (25,0%)	0,175	0,676
	Não ativo	27 (67,5%)	13 (32,5%)		
Rendimento	Próprio	15 (75,0%)	5 (25,0%)	0,623	0,43
	Dependente	18 (64,3%)	10 (35,7%)		
Parentesco	Núcleo direto	15 (68,2%)	7 (31,8%)	0,006	0,938
	Outros	18 (69,2%)	8 (30,8%)		
Apoio ao cuidador	Não	18 (81,8%)	4 (18,2%)	3,228	0,072
	Sim	15 (57,7%)	11 (42,3%)		
Prática religiosa	Não	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0,679	0,41
	Sim	28 (66,7%)	14 (33,3%)		

Diferenças na qualidade de vida em função das variáveis sociodemográficas e contextuais

No sentido de analisar diferenças na QV em função das variáveis sociodemográficas e contextuais, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*. Adicionalmente, calculou-se o tamanho do efeito (r), permitindo avaliar a magnitude das diferenças observadas.

Relativamente ao gênero, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($U = 94,000$; $p = 0,030$), sendo que os participantes do sexo masculino apresentaram valores médios de ordenação superiores, sugerindo melhor QV. O tamanho do efeito foi moderado ($r = 0,31$), indicando relevância prática desta diferença.

Quanto à idade, não se observaram diferenças estatísticas significativas ($p = 0,357$), sendo o tamanho do efeito reduzido ($r = 0,13$), o que sugere que a idade não constitui um fator diferenciador relevante na QV dos cuidadores.

De igual modo, o tempo de prestação de cuidados não revelou diferenças significativas ($p = 0,500$; $r = 0,10$), indicando uma influência negligenciável desta variável.

Relativamente ao estado civil, os resultados também não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,669$), com um tamanho do efeito muito reduzido ($r = 0,06$), sugerindo ausência de impacto relevante.

A zona de residência apresentou igualmente ausência de diferenças significativas ($p = 0,876$; $r = 0,02$), indicando um efeito praticamente inexistente.

No que concerne às habilitações literárias, apesar de se observar uma tendência para valores superiores no grupo com menor escolaridade, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p = 0,132$), apresentando um tamanho do efeito pequeno ($r = 0,22$).

A situação profissional não evidenciou diferenças significativas ($p = 0,656$; $r = 0,06$), sugerindo impacto reduzido na QV.

Relativamente à fonte de rendimento, também não se observaram diferenças significativas ($p = 0,303$), com tamanho do efeito pequeno ($r = 0,15$).

O grau de parentesco não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,747$), sendo o tamanho do efeito praticamente nulo ($r = 0,05$).

No que diz respeito ao apoio na prestação de cuidados, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,105$), observou-se um tamanho do efeito próximo do limiar moderado ($r = 0,23$), sugerindo uma possível tendência que poderá justificar exploração em estudos futuros.

Por fim, a prática religiosa não revelou diferenças significativas ($p = 0,324$), apresentando um tamanho do efeito pequeno ($r = 0,14$), indicando uma influência limitada desta variável.

Globalmente, os resultados evidenciam que apenas o género assume um papel diferenciador estatisticamente significativo, sendo as restantes variáveis pouco influentes na QV dos cuidadores informais nesta amostra.

Tabela 13 - Comparação da QV segundo variáveis sociodemográficas e contextuais (Mann-Whitney com tamanho do efeito)

Variável	Grupos	Mean Rank	U	Z	p	r	Interpretação
Gênero	Masculino / Feminino	33,56 / 22,41	94,000	-2,164	0,030	0,31	Significativo (moderado)
Idade	≤60 / >60 anos	23,00 / 26,79	232,000	-0,922	0,357	0,13	Não significativo
Tempo cuidador	≤6 / >6 anos	23,20 / 25,91	255,000	-0,674	0,500	0,10	Não significativo
Estado civil	Com companheiro / Sem companheiro	23,83 / 25,61	250,000	-0,428	0,669	0,06	Não significativo
Zona residência	Rural / Urbano	24,21 / 24,84	278,500	-0,156	0,876	0,02	Não significativo
Habilitações	Baixa / Média-Alta	26,64 / 20,22	187,500	-1,506	0,132	0,22	Pequeno efeito
Situação profissional	Ativo / Não ativo	22,50 / 24,90	144,000	-0,445	0,656	0,06	Não significativo
Rendimento	Próprio / Dependente	22,05 / 26,25	231,000	-1,030	0,303	0,15	Pequeno efeito
Parentesco	Núcleo / Outros	23,80 / 25,10	270,500	-0,322	0,747	0,05	Não significativo
Apoio	Não / Sim	20,95 / 27,50	208,000	-1,622	0,105	0,23	Tendência (pequeno-moderado)
Prática religiosa	Não / Sim	19,25 / 25,25	94,500	-0,908	0,324	0,14	Pequeno efeito

Modelos de regressão para predição da qualidade de vida

Com o objetivo de aprofundar a compreensão dos fatores associados à QV dos cuidadores informais, procedeu-se à realização de análises de regressão linear múltipla. Esta abordagem permite avaliar o contributo preditivo de diferentes variáveis independentes na explicação da variabilidade da variável dependente, controlando simultaneamente o efeito das restantes.

Numa primeira fase, foram estimados três modelos de regressão distintos, correspondentes às principais dimensões em estudo: suporte social percebido, sobrecarga do cuidador e estratégias de *coping*. Em cada um destes modelos foram incluídas exclusivamente as respetivas subescalas, permitindo analisar o efeito específico de cada dimensão, minimizando potenciais problemas de multicolinearidade entre variáveis conceptualmente próximas.

Posteriormente, foi estimado um quarto modelo de regressão, integrando os scores totais das escalas principais (suporte social, sobrecarga e *coping*), bem como variáveis sociodemográficas consideradas relevantes, nomeadamente a idade, o tempo de prestação de cuidados e o género. O género foi introduzido como variável *dummy*, assumindo o valor de referência correspondente ao sexo feminino.

Para cada modelo, foram analisados os seguintes indicadores: coeficiente de determinação (R^2 e R^2 ajustado), significância global do modelo (teste F), coeficientes de regressão não padronizados (B) e padronizados (β), intervalos de confiança a 95% e respetivos níveis de significância. Procedeu-se ainda à avaliação da multicolinearidade através dos indicadores de tolerância e do *Variance Inflation Factor* (VIF), considerando-se valores de VIF inferiores a 5 como indicativos da ausência de multicolinearidade significativa.

A interpretação dos resultados foi orientada no sentido de identificar não apenas a significância estatística dos preditores, mas também a magnitude e direção das associações, contribuindo para uma análise mais integrada dos determinantes da QV dos cuidadores informais.

Regressão entre dimensões do Suporte Social Percebido e Qualidade de Vida

O modelo de regressão linear múltipla que integra as dimensões do suporte social percebido (família, amigos e outros significativos). Verificou-se que o modelo global não

apresenta significância estatística ($F(3,44) = 0,758$; $p = 0,524$), explicando apenas 4,9% da variância da QV ($R^2 = 0,049$).

Ao nível dos coeficientes individuais, nenhuma das dimensões do suporte social revelou capacidade preditiva estatisticamente significativa. A dimensão família apresenta um efeito positivo reduzido e não significativo ($\beta = 0,156$; $p = 0,493$) podendo sugerir que o suporte familiar pode ser relevante, mas não é determinante isoladamente.

A dimensão “Amigos” ($\beta = 0,177$; $p = 0,270$), embora não significativa, pode sugerir um contributo limitado das redes informais para a qualidade de vida. Por sua vez, a dimensão “Outros significativos” apresenta um coeficiente negativo, ainda que não significativo ($\beta = -0,079$; $p = 0,737$), podendo refletir alguma ambiguidade relacional ou variabilidade na forma como este constructo é percebido pelos participantes.

Relativamente à multicolinearidade, os valores de VIF variam entre 1,164 e 2,500, indicando ausência de problemas de colinearidade, apesar da elevada correlação entre algumas dimensões (nomeadamente família e outros significativos). Assim, pode concluir-se que a não significância do modelo não resulta de problemas estatísticos, mas sim da fraca capacidade explicativa destas variáveis no contexto em análise. A Equação de regressão do modelo seria dada pela fórmula:

$$QV = 53,630 + 0,081(\text{Família}) + 0,094(\text{Amigos}) - 0,046(\text{Outros Significativos})$$

Tabela 14 - Regressão múltipla entre dimensões Suporte Social Percebido e QV

Variável	B	Erro Padrão	β	t	p	VIF
Constante	53,630	5,742	—	9,340	<0,001	—
Família	0,081	0,116	0,156	0,692	0,493	2,352
Amigos	0,094	0,084	0,177	1,117	0,270	1,164
Outros significativos	-0,046	0,137	-0,079	-0,338	0,737	2,500

$R^2 = 0,049$; R^2 ajustado = -0,016; $F(3,44) = 0,758$; $p = 0,524$.

Regressão entre dimensões da Sobrecarga do Cuidador e Qualidade de Vida

O modelo de regressão que integra as dimensões da sobrecarga do cuidador revelou-se estatisticamente significativo ($F(3,44) = 8,725$; $p < 0,001$), explicando 37,3% da variância da QV ($R^2 = 0,373$), o que evidencia um contributo relevante desta variável.

Ao nível das dimensões, apenas o impacto do cuidado se revelou um preditor significativo ($\beta = -0,350$; $p = 0,038$), indicando que o aumento do impacto associado à prestação de cuidados se traduz numa diminuição da QV dos cuidadores. As dimensões relação interpessoal ($\beta = -0,188$; $p = 0,206$) e expectativas/autoeficácia ($\beta = -0,218$; $p = 0,118$), embora não significativas, apresentam tendências negativas consistentes.

No que concerne à colinearidade, os valores de VIF situam-se entre 1,317 e 1,873, indicando níveis aceitáveis e ausência de multicolinearidade problemática.

Em suma, dimensão impacto do cuidado é a componente mais crítica da sobrecarga, funcionando como determinante direto da QV.

Os resultados podem esquematizar-se na seguinte equação de regressão:

$$QV = 102,422 - 0,239(\text{Impacto}) - 0,201(\text{Relação}) - 0,202(\text{Expectativas})$$

Tabela 15 - Regressão linear múltipla entre sobrecarga do cuidador (Zarit) e QV

Variável	B	Erro Padrão	β	t	p	VIF
Constante	102,422	11,233	—	9,118	<0,001	—
Impacto	-0,239	0,112	-0,350	-2,140	0,038*	1,873
Relação	-0,201	0,157	-0,188	-1,283	0,206	1,505
Expectativas	-0,202	0,127	-0,218	-1,594	0,118	1,317

Nota: Variável dependente: QV (0–100). $R^2 = 0,373$; R^2 ajustado = 0,330; $F(3,44) = 8,725$; $p < 0,001$. * $p < 0,05$

Regressão entre dimensões das Estratégias de *Coping* e Qualidade de Vida

O modelo relativo às estratégias de *coping* revelou-se estatisticamente significativo ($F(3,44) = 4,436$; $p = 0,008$), explicando 23,2% da variância da QV ($R^2 = 0,232$).

A análise dos coeficientes demonstra que a dimensão *coping* centrado na emoção é o único preditor significativo ($\beta = -0,313$; $p = 0,045$), evidenciando que a utilização deste tipo de estratégias está associada a níveis mais baixos de QV. A dimensão *coping* orientado para a tarefa apresenta um efeito negativo com significância marginal a 10.0% ($\beta = -0,278$; $p = 0,076$), enquanto o *coping* de evitamento não evidencia qualquer efeito relevante ($\beta = -0,014$; $p = 0,935$).

Os valores de VIF variam entre 1,316 e 1,630, confirmando a inexistência de problemas de multicolinearidade entre as variáveis independentes.

A equação do modelo de regressão é dado pela fórmula:

$$QV = 82,334 - 0,182(\text{Tarefa}) - 0,218(\text{Emoção}) - 0,015(\text{Evitamento})$$

Tabela 16 - Regressão linear múltipla entre estratégias de coping e QV

Variável	B	Erro Padrão	β	t	p	VIF
Constante	82,334	7,899	—	10,424	<0,001	—
Coping tarefa	-0,182	0,100	-0,278	-1,818	0,076	1,344
Coping emoção	-0,218	0,106	-0,313	-2,067	0,045*	1,316
Coping evitamento	-0,015	0,189	-0,014	-0,081	0,935	1,630

Nota: $R^2 = 0,232$; R^2 ajustado = 0,180; $F(3,44) = 4,436$; $p = 0,008$. * $p < 0,05$

Regressão múltipla Modelo Global para predição da Qualidade de Vida

O modelo final, que integra variáveis sociodemográficas (idade, tempo de prestação de cuidados e género) e variáveis psicossociais (suporte social, sobrecarga e *coping*), revelou-se estatisticamente significativo ($F(6,41) = 7,545$; $p < 0,001$), explicando 52,5% da variância da QV ($R^2 = 0,525$), sendo o modelo com maior poder explicativo.

Relativamente aos preditores, a sobrecarga total emerge como o fator mais relevante ($\beta = -0,492$; $p = 0,001$), indicando um forte impacto negativo na QV. O *coping* global também se revela significativo ($\beta = -0,312$; $p = 0,017$), sugerindo que estratégias menos adaptativas estão associadas a menor bem-estar. O suporte social total apresenta um efeito positivo com significância marginal ($\beta = 0,228$; $p = 0,053$), sugerindo um possível papel protetor.

No que respeita às variáveis sociodemográficas, nenhuma apresentou efeito significativo, embora o tempo de prestação de cuidados revele uma tendência negativa e significância marginal ($\beta = -0,226$; $p = 0,066$).

Os valores de VIF variam entre 1,130 e 1,464, confirmando ausência de multicolinearidade e robustez do modelo.

A equação do modelo é dada pela fórmula:

$$QV = 104,730 - 0,016(\text{Idade}) - 0,241(\text{Tempo}) - 3,141(\text{Género}) + 0,154(\text{Suporte}) - 0,459(\text{Sobrecarga}) - 0,335(\text{Coping})$$

Tabela 17 - Regressão linear múltipla (modelo global) para predição da QV

Variável	B	Erro Padrão	β	t	p	VIF
Constante	104,730	12,393	—	8,451	<0,001	—
Idade (anos)	-0,016	0,141	-0,013	-0,114	0,910	1,153
Tempo de faculdade (anos)	-0,241	0,218	-0,226	-1,886	0,066	1,243
Género (ref.: feminino)	-3,141	3,630	-0,101	-0,865	0,392	1,173
Suporte social total	0,154	0,077	0,228	1,989	0,053	1,130

Sobrecarga total	-0,459	0,121	-0,492	-3,778	0,001*	1,464
Coping global	-0,335	0,134	-0,312	-2,498	0,017*	1,345

Nota. $R^2 = 0,525$; R^2 ajustado = 0,455; $F(6,41) = 7,545$; $p < 0,001$. * $p < 0,05$

Análise integrada dos modelos de regressão

Por último, apresenta-se na Tabela 18 os resultados de uma análise comparativa dos diferentes modelos de regressão realizados.

De forma global, verifica-se que o modelo baseado no suporte social percebido apresenta fraca capacidade explicativa ($R^2 = 0,049$), não evidenciando associações estatisticamente significativas. Este resultado sugere que, embora teoricamente relevante, o suporte social pode não atuar de forma direta na QV, podendo o seu efeito estar mediado por outras variáveis, como a sobrecarga ou o coping.

Por outro lado, o modelo da sobrecarga do cuidador demonstra um contributo substancial ($R^2 = 0,373$), sendo o primeiro modelo com significância global. Em particular, a dimensão impacto do cuidado emerge como preditor significativo, evidenciando que o desgaste associado às exigências do cuidar constitui um fator central na diminuição da QV.

Relativamente às estratégias de coping, o modelo apresenta uma capacidade explicativa intermédia ($R^2 = 0,232$), sendo estatisticamente significativo. Destaca-se o papel do coping centrado na emoção, que se associa negativamente à QV, sugerindo que estratégias mais reativas podem ser menos adaptativas neste contexto.

O modelo global confirma estes resultados, apresentando o maior poder explicativo ($R^2 = 0,525$). Neste modelo, a sobrecarga total assume-se como o principal preditor negativo, seguida do coping global, também com impacto significativo. O suporte social total apresenta um efeito positivo, embora marginalmente significativo, sugerindo um possível papel protetor.

Importa ainda referir que as variáveis sociodemográficas (idade, género e tempo de prestação de cuidados) não demonstraram impacto significativo, indicando que os fatores psicossociais são mais determinantes na explicação da QV do que as características individuais dos cuidadores.

Em conjunto, estes resultados evidenciam que a QV dos cuidadores informais é predominantemente influenciada por fatores relacionados com a experiência subjetiva do cuidar, nomeadamente a sobrecarga percebida e as estratégias de adaptação utilizadas.

Tabela 18 - Síntese dos modelos de regressão linear para predição da QV

Variáveis	Modelo 1 (Suporte Social)	Modelo 2 (Sobrecarga)	Modelo 3 (Coping)	Modelo 4 (Global)
Família	0,156	—	—	—
Amigos	0,177	—	—	—
Outros significativos	-0,079	—	—	—
Impacto (Zarit)	—	-0,350*	—	—
Relação (Zarit)	—	-0,188	—	—
Expectativas (Zarit)	—	-0,218	—	—
Coping tarefa	—	—	-0,278	—
Coping emoção	—	—	-0,313*	—
Coping evitamento	—	—	-0,014	—
Idade	—	—	—	-0,013
Tempo de cuidador	—	—	—	-0,226
Gênero	—	—	—	-0,101
Suporte social total	—	—	—	0,228†
Sobrecarga total	—	—	—	-0,492*
Coping global	—	—	—	-0,312*

Globalmente, os resultados sugerem que os fatores psicossociais, em particular a sobrecarga e o coping, constituem os principais determinantes da QV dos cuidadores informais.

Discussão

Os resultados do presente estudo permitem uma compreensão integrada dos fatores associados à qualidade de vida (QV) dos cuidadores informais, evidenciando que esta é predominantemente influenciada por variáveis de natureza psicossocial, em detrimento de características sociodemográficas. Esta constatação encontra-se globalmente em consonância com a evidência previamente apresentada, segundo a qual a experiência de cuidar é um fenómeno complexo, multidimensional e fortemente moldado pela forma como o cuidador percebe e gere as exigências associadas ao seu papel (Rosa et al., 2022; Sorrentino et al., 2025).

De forma global, a sobrecarga do cuidador emergiu como o principal preditor da QV, confirmando a robustez deste constructo na literatura. A sobrecarga traduz o impacto cumulativo das exigências do cuidar, refletindo-se em dimensões emocionais, físicas e sociais (Zarit & Zarit, 1983). No presente estudo, a significância da dimensão **impacto do cuidado** sugere que o desgaste associado à prestação contínua de cuidados constitui um fator crítico na diminuição da QV. Estes resultados são consistentes com evidência empírica recente, que demonstra que níveis elevados de sobrecarga estão associados a pior saúde mental, maior exaustão emocional e menor qualidade de vida entre cuidadores informais (Ribeiro et al., 2022; Sorrentino et al., 2025). Assim, os dados obtidos reforçam a ideia, amplamente sustentada na literatura, de que a sobrecarga constitui um dos principais mecanismos através dos quais a experiência de cuidar compromete o bem-estar do cuidador.

No que respeita às estratégias de coping, os resultados evidenciaram que o coping centrado na emoção apresenta um efeito negativo significativo na QV. Este achado pode ser interpretado à luz do modelo transaccional do stress de Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual o impacto dos stressores depende não apenas da sua intensidade objetiva, mas também da avaliação subjetiva da situação e das estratégias mobilizadas para lhe responder. Em contextos

de stress crónico, como o cuidado informal prolongado, estratégias focadas predominantemente na emoção tendem a revelar-se menos eficazes quando não acompanhadas por mecanismos orientados para a resolução de problemas. A evidência recente vai no mesmo sentido, sugerindo que estratégias de coping menos adaptativas se associam a piores *outcomes* psicológicos e a níveis mais baixos de bem-estar (Ruisoto et al., 2020; Park & Iacocca, 2021). Deste modo, os resultados obtidos não apenas confirmam a literatura, como reforçam a necessidade de distinguir qualitativamente os estilos de coping mobilizados pelos cuidadores, atendendo ao seu impacto diferencial na QV.

Relativamente ao suporte social percebido, os resultados não evidenciaram associações estatisticamente significativas com a QV. Este achado, embora à primeira vista possa parecer divergente da literatura clássica, merece uma interpretação mais aprofundada. Na introdução foi assinalado que o suporte social percebido é frequentemente descrito como um fator protetor, associado a menor sobrecarga e melhor saúde mental (Zimet et al., 1988; Ruisoto et al., 2020). No entanto, evidência mais recente tem sugerido que o suporte social nem sempre atua de forma direta na qualidade de vida, podendo desempenhar um papel indireto, por exemplo, enquanto moderador ou amortecedor do impacto da sobrecarga (Domínguez-Salas et al., 2022). Para além disso, importa distinguir entre suporte social percebido, suporte disponível e suporte efetivamente mobilizado, dado que a existência de uma rede potencial de apoio não garante, por si só, que esse apoio seja suficiente, adequado ou operacionalizado em momentos de maior exigência (Gariépy et al., 2021). Neste sentido, os resultados do presente estudo não contradizem necessariamente a literatura, antes sugerem que a influência do suporte social poderá ser mais complexa e menos linear do que a inicialmente pressuposta.

O modelo global reforça a centralidade das variáveis psicossociais, explicando uma proporção substancial da variância da QV ($R^2 = 0,525$). Neste modelo, a sobrecarga total e o coping global mantiveram-se como preditores significativos, enquanto o suporte social apresentou um efeito marginal. Estes resultados estão em consonância com estudos recentes que evidenciam a importância da interação entre fatores de risco e mecanismos de adaptação no contexto do cuidar informal (Bom et al., 2023). Assim, mais do que fatores isolados, a QV parece resultar da articulação entre o peso subjetivo do cuidado, os recursos psicológicos do cuidador e, em menor grau, os recursos relacionais de suporte.

No que concerne às variáveis sociodemográficas, a ausência de efeitos significativos pode ser interpretada à luz de dois aspetos. Em primeiro lugar, estes resultados reforçam a ideia de que a experiência subjetiva do cuidar tende a ser mais determinante do que características

objetivas, como idade, género ou tempo de cuidado, o que é consistente com estudos que defendem que o impacto do cuidar depende menos da condição sociodemográfica do cuidador e mais da forma como este vivencia e interpreta a experiência de cuidar (Pinquart & Sörensen, 2021). Em segundo lugar, esta ausência de significância poderá refletir limitações metodológicas, nomeadamente a reduzida dimensão amostral e a recodificação de variáveis em categorias dicotómicas, opção que, embora metodologicamente compreensível, pode reduzir a variabilidade dos dados e diminuir a sensibilidade estatística.

Ainda assim, importa sublinhar que alguns resultados sugerem tendências teoricamente plausíveis. O facto de a existência de apoio na prestação de cuidados não atingir significância estatística, mas apresentar uma tendência para associação com níveis superiores de QV, é coerente com a evidência que aponta para a relevância de mecanismos de descanso e redistribuição das tarefas de cuidado (Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, 2021; Teles et al., 2024). De igual modo, a ausência de um efeito direto do género, apesar de diferenças descritivas observadas, não invalida o reconhecimento da feminização do papel de cuidador amplamente descrita na literatura europeia e portuguesa (Eurocarers, 2024), podendo antes sugerir que, nesta amostra, o peso dos fatores psicossociais superou o efeito das características estruturais.

Do ponto de vista metodológico, importa ainda discutir a opção pela utilização de testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Whitney. Esta escolha, adequada face à dimensão da amostra e à possível violação dos pressupostos de normalidade, confere robustez aos resultados, embora apresente menor poder estatístico comparativamente a testes paramétricos. Tal facto poderá ter contribuído para a ausência de significância em algumas variáveis, devendo os resultados ser interpretados com cautela. Por outro lado, a estratégia de realizar regressões separadas por blocos de variáveis e, posteriormente, um modelo global permitiu controlar potenciais problemas de multicolinearidade, evidenciados pelos valores de VIF aceitáveis em todos os modelos. Esta abordagem constitui um ponto forte do estudo, na medida em que permite clarificar o contributo específico de cada dimensão e, simultaneamente, testar o seu comportamento num modelo integrador.

Neste contexto, um dos contributos mais relevantes do estudo reside precisamente na análise integrada de diferentes fatores psicossociais num mesmo modelo explicativo. Embora a literatura tenha documentado amplamente os efeitos da sobrecarga, do suporte social e das estratégias de coping de forma relativamente autónoma, a presente investigação permite observar o seu comportamento conjunto, evidenciando que a sobrecarga e o coping apresentam

maior poder explicativo da QV do que o suporte social percebido. Este aspeto pode ser considerado um contributo original, particularmente no contexto comunitário português, onde permanecem limitados os estudos quantitativos que analisem de forma simultânea estes constructos num modelo preditivo da qualidade de vida dos cuidadores informais.

Apesar dos contributos relevantes, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A dimensão reduzida da amostra ($N = 48$) limita a generalização dos resultados e reduz a potência estatística das análises, podendo ter contribuído para a não deteção de associações existentes. O desenho transversal impede a inferência de causalidade, não sendo possível determinar a direção das relações observadas. A utilização de instrumentos de autorrelato pode introduzir enviesamentos, nomeadamente desejabilidade social, fadiga de resposta e subjetividade na avaliação dos constructos. Acresce ainda a não inclusão de variáveis relativas à pessoa cuidada, como o grau de dependência, a patologia, a presença de défice cognitivo ou a intensidade das necessidades assistenciais, que são frequentemente apontadas na literatura como determinantes importantes da experiência de cuidar e da sobrecarga associada (Rosa et al., 2022; Sorrentino et al., 2025). Do mesmo modo, o estudo não permitiu captar de forma aprofundada dimensões qualitativas do suporte social, nomeadamente a sua adequação, reciprocidade ou efetiva mobilização.

Os resultados obtidos apresentam implicações relevantes para a intervenção junto de cuidadores informais. Destaca-se a necessidade de desenvolver programas centrados na redução da sobrecarga, incluindo apoio psicológico, capacitação em competências de cuidado e acesso a serviços formais de suporte e descanso do cuidador. Paralelamente, torna-se fundamental promover estratégias de coping mais adaptativas, nomeadamente orientadas para a resolução de problemas, através de intervenções psicoeducativas, em linha com a evidência que aponta para o reforço da autoeficácia e regulação emocional (Ruisoto et al., 2020).

Adicionalmente, embora o suporte social não tenha evidenciado um efeito direto significativo, a sua promoção deve ser incentivada, sobretudo ao nível da qualidade, adequação e efetiva mobilização do apoio, particularmente relevante em contexto comunitário.

Por fim, os resultados reforçam a importância de uma abordagem integrada, centrada nos fatores psicossociais, sustentando o desenvolvimento de políticas e práticas que promovam a QV dos cuidadores informais e o seu reconhecimento como alvo de intervenção nos cuidados de proximidade.

Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre fatores psicossociais e sociodemográficos e a QV dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Atendendo à dimensão da amostra, optou-se por uma abordagem analítica centrada na resposta aos objetivos de investigação, em detrimento da testagem formal de hipóteses.

Os resultados evidenciam que os fatores psicossociais assumem um papel central na explicação da QV dos cuidadores informais. A sobrecarga do cuidador emergiu como o principal fator associado a menor QV, confirmando o impacto das exigências contínuas do cuidar no bem-estar global. Paralelamente, as estratégias de coping revelaram associações diferenciadas, destacando-se o efeito negativo do coping centrado na emoção, sugerindo menor eficácia destas estratégias em contextos de stress prolongado.

Relativamente ao suporte social percebido, observou-se uma associação positiva, ainda que de reduzida magnitude e sem significância estatística, sugerindo que o seu efeito poderá ser indireto ou mediado por outras variáveis. Por sua vez, as variáveis sociodemográficas e contextuais apresentaram uma influência pouco expressiva na QV, reforçando a relevância da experiência subjetiva do cuidar em detrimento de características estruturais dos cuidadores.

A análise através de modelos de regressão confirmou estes achados, evidenciando que a variabilidade da QV é explicada predominantemente por variáveis psicossociais, nomeadamente a sobrecarga e o coping, enquanto o contributo das variáveis sociodemográficas se revelou marginal.

Em síntese, a QV dos cuidadores informais configura-se como um fenómeno multidimensional, fortemente influenciado pela experiência subjetiva do cuidar. Estes resultados reforçam a necessidade de desenvolver intervenções centradas na redução da sobrecarga e na promoção de estratégias de coping mais adaptativas.

Não obstante, importa considerar as limitações do estudo, nomeadamente a reduzida dimensão amostral e o desenho transversal, que condicionam a generalização dos resultados e a inferência de causalidade. Ainda assim, o estudo contribui para a compreensão dos determinantes da QV dos cuidadores informais, identificando áreas prioritárias de intervenção.

Do ponto de vista prático, os resultados sublinham a necessidade de desenvolver respostas estruturadas de apoio aos cuidadores informais, promovendo o seu bem-estar, a sua QV e a sustentabilidade do papel que desempenham no sistema de cuidados.

Considerações finais

A elaboração do presente relatório constituiu um processo de síntese e reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido, permitindo a integração entre a experiência em Estágio e a componente de investigação.

As diferentes oportunidades vivenciadas em contexto de estágio possibilitaram a consolidação de competências especializadas no domínio da enfermagem comunitária e de saúde pública, sustentadas numa prática ética, baseada na evidência e centrada nas necessidades da pessoa, família e comunidade. Estas experiências favoreceram uma compreensão aprofundada da complexidade dos determinantes de saúde, bem como da necessidade de adequação das intervenções às especificidades de cada contexto.

Verificou-se o desenvolvimento de uma prática progressivamente mais autónoma, reflexiva e fundamentada, assente na análise crítica das situações e na tomada de decisão informada. Destaca-se, neste âmbito, a relevância da proximidade na relação terapêutica, da adaptação da comunicação às diferentes realidades socioculturais e do trabalho em equipa como elemento estruturante na construção de respostas integradas e eficazes.

Estas vivências contribuíram para a consolidação de uma identidade profissional mais robusta, reforçando o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde, na prevenção da doença e na capacitação das comunidades.

No que respeita à componente de investigação, o estudo desenvolvido permitiu aprofundar a compreensão da qualidade de vida dos cuidadores informais enquanto fenómeno complexo e multifatorial. Os resultados evidenciaram a centralidade dos fatores psicossociais na experiência do cuidar, destacando-se a sobrecarga como o principal fator associado à diminuição da qualidade de vida, bem como a influência das estratégias de coping, particularmente aquelas centradas na emoção, associadas a níveis inferiores de bem-estar.

Adicionalmente, a reduzida expressão das variáveis sociodemográficas na explicação da qualidade de vida reforça a natureza subjetiva da experiência do cuidar, fortemente influenciada pela forma como cada cuidador percebe e gere as exigências inerentes a este papel.

Este trabalho permitiu, assim, aprofundar a capacidade de análise crítica e reforçar a consciência da importância de intervenções centradas na redução da sobrecarga e na promoção de estratégias de coping mais adaptativas, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na identificação precoce destas necessidades e na implementação de respostas ajustadas aos cuidadores informais.

Importa, contudo, reconhecer as limitações do estudo, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra, o desenho transversal e a utilização de instrumentos de autorrelato, que condicionam a generalização dos resultados e a inferência de relações causais. Ainda assim, os contributos obtidos permitem identificar áreas prioritárias de intervenção e constituem uma base relevante para futuras investigações, preferencialmente com amostras mais alargadas e desenhos longitudinais.

Paralelamente, a componente investigativa contribuiu para uma compreensão mais aprofundada da realidade dos cuidadores informais, evidenciando a relevância dos fatores psicossociais na sua qualidade de vida e reforçando a necessidade de intervenções direcionadas, sustentadas e sensíveis à experiência individual do cuidar.

Face ao percurso formativo desenvolvido, evidencia-se a consolidação de uma prática profissional mais consciente, crítica e responsável, alinhada com os princípios da enfermagem baseada na evidência e orientada para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Em síntese, o presente trabalho permitiu consolidar conhecimentos, desenvolver competências especializadas e aprofundar a capacidade de reflexão crítica, integrando de forma consistente a experiência em Estágio com a investigação. Simultaneamente, evidencia a complexidade da intervenção em enfermagem comunitária e de saúde pública e reforça a necessidade de práticas fundamentadas, contextualizadas e centradas nas reais necessidades das populações.

Referências Bibliográficas

- Aloudiny, W. H., Alsaran, F. F., Alessa, F. M., Almoayad, F., & Fiala, L. (2024). Examining emotional and physical burden in informal caregivers: Links to quality of life and social support. *Healthcare*, 12(18), 1851. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181851>
- Bom, J., Bakas, T., & Jessup, N. (2023). Informal caregiving and quality of life: A longitudinal perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 876–888. <https://doi.org/10.1111/jan.15532>
- Chang, C. Y., Jen, H. J. & Yang, J. C. (2024). *Integrating scenario game-based learning with the experiential learning strategy to facilitate nursing students' learning performance and core competencies in labor support training. Interactive Learning Environments*, 32(10), 7170–7185. <https://doi.org/10.1080/10494820.2024.2308092>
- Dambi, J. M., Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., Jelsma, J., & Jelsma-Smit, D. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 80. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0919-0>
- Domínguez-Salas, S., Gómez-Salgado, J., Andrés-Villas, M., & Díaz-Milanés, D. (2022). Social support and caregiver burden: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4036. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074036>

- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Eurocarers. (2024). About carers: Number of carers and existing support measures across the EU. Acedido março, 2026, em <https://eurocarers.org/about-carers/>
- Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(4), 27–29. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.027-029>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2021). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Henriques, M., Loura, D., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., ... & Costa, A. (2022). Does Reality Overcome the Expected? Survey on Informal Caregivers' Profile: A Nurse-Led Study in Times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11394.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191811394>
- Lakens, D. (2022). Sample size justification. *Collabra: Psychology*, 8(1), 33267.
<https://doi.org/10.1525/collabra.33267>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338–346.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). ReportNumber.

Melo, P. (2017). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Loures: Lidel.

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *Iniciativas: O que é ser Cuidador Informal em Portugal?: Conheça todos os resultados: O que é ser Cuidador Informal em Portugal?*. Acedido março, 2026, em <https://movimentocuidadoresinformais.pt/iniciativas/>

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2023). *Iniciativas, Cuidadores portugueses precisam urgentemente de apoio psicológico, Veja qui o estudo Completo, Cuidadores Informais Saúde Mental e Bem-Estar nos Cuidadores Informais em Portugal*. Acedido março, 2026, em <https://movimentocuidadoresinformais.pt/iniciativas/>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar* [Aviso n.º 6702/2021 de 13 de abril de 2021]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Park, C. L., & Iacocca, M. O. (2021). A stress and coping perspective on health behaviors: Theoretical and methodological considerations. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(4), e12577. <https://doi.org/10.1111/spc3.12577>

Pereira, M. G., & Queirós, C. (2013). *Versão portuguesa do Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21): Estudo de adaptação e validação*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 500–512. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229848012>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2021). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 36(3), 325–344. <https://doi.org/10.1037/pag0000607>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Wolters Kluwer.

Portugal, Câmara Municipal de Lamego. (s.d.). A autarquia: Concelho. Acedido março, 2026, em <https://www.cm-lamego.pt/a-autarquia/concelho>

Portugal, Despacho n.º 10143/2009. (2009, abril 16). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República*. 2 (74). pp.15438-15440.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Portugal, Instituto da Segurança Social (2026). Guia prático: Estatuto do cuidador informal principal e cuidador informal não principal.

Portugal, Lei n.º 102/2023. (2023, novembro 7). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*. 1(215). pp. 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Portugal, Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 2 (38). pp. 1182-1189.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Portugal, Lei n.º 86/2024. (2024, novembro 6). Procede à segunda alteração à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República*. 1(215). pp. 1-4. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/86-2024-895646291>

Portugal, Município de Vila Real. (s.d.). Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real | 2024 – 2029.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, 6 de fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2 (26). pp. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 428/2018. (2018, 16 de julho). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2 (135).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2023). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários- UCC Lamego: Quem somos. Acedido março, 2026, em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/811/10038/2180555/Pages/default.aspx>

Portugal, Sistema Nacional da Saúde, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. (s.d.). BI-UF | Unidade de Saúde Pública Marão e Douro Norte. Acedido março, 2026, em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10024/1000018/Pages/default.aspx>

Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro. (2024, outubro). Plano Local de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.

Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro. (s.d.). Institucional. Acedido março, 2026, em <https://www.ulstmad.min-saude.pt/>

Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., & Paúl, C. (2022). Caregiver burden and quality of life among informal caregivers: The mediating role of psychological distress. *Aging & Mental Health*, 26(5), 1012–1019. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1891190>

Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., & Fleck, M. P. (2012). The EUROHIS-QOL 8-item index: Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in Health*, 15(3), 449–457. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.035>

- Rosa, M. M., Lindeza, P., Ferreira, L., et al. (2022, March 30). *Determinants of burden and quality of life of informal caregivers of individuals with dementia* (Preprint, Version 1). Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1459396/v1>
- Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., & Flores, N. (2020). *Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 86, 103952. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952>
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16(4), 420–428. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Sequeira, C. (2007). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Setia, M. S. (2022). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 67(3), 315–320. https://doi.org/10.4103/ijd.ijd_1107_21
- Sorrentino, M., Fiorilla, C., Mercogliano, M., Stilo, I., Esposito, F., Moccia, M., ... & Palladino, R. (2025). Barriers for access and utilization of dementia care services in Europe: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05805-z>
- Thiese, M. S. (2020). Observational and interventional study design types: An overview. *Biochemia Medica*, 30(1), 010201. <https://doi.org/10.11613/BM.2020.010201>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). *Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and recommendations. Chest*, 158(1), S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1983). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview*. University Park: Pennsylvania State University.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Apêndices

Apêndice I- Artigo do jornal “A Voz de Trás-os-Montes” sobre o AVC



O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal, mas a boa notícia é que se pode prevenir e tratar caso seja reconhecido atempadamente. Caracterizado por défices neurológicos (alterações da fala, da força ou da face) de início súbito, resultado de uma alteração na circulação dos vasos no cérebro (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025)¹. O AVC isquémico, que representa cerca de 85% dos casos, ocorre quando uma artéria cerebral fica obstruída, impedindo o fluxo de sangue e oxigénio a

uma parte do cérebro. O AVC hemorrágico resulta da rutura de um vaso sanguíneo, o que provoca uma hemorragia dentro do cérebro (DGS, 2025)². Segundo dados da Direção-Geral da Saúde, entre 2012 e 2019 houve um aumento progressivo nas admissões hospitalares por AVC, sobretudo nos casos isquémicos. Apesar disso, os números mostram uma evolução positiva: a mortalidade desceu de 13.867 óbitos em 2010 para 11.011 em 2020. Esta redução é ainda mais significativa entre os menores de 70 anos, refletindo avanços na preven-

Acidente Vascular Cerebral: Saiba com identificar os sinais e sintomas

ção, diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes. Para combater este problema, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, promove uma abordagem integrada, que vai desde a prevenção até à reabilitação (DGS, 2025)³.

O AVC está frequentemente associado a fatores de risco que podem ser controlados sendo o principal a hipertensão arterial, cerca de 30% dos AVC poderiam ser evitados apenas com o controlo da pressão arterial. Outros fatores incluem o tabagismo, a diabetes, o colesterol elevado e a fibrilhação auricular (um tipo de arritmia cardíaca). Prevenir ao

adotar um estilo de vida saudável é essencial, por isso deve: reduzir o sal, não fumar, praticar atividade física regularmente, controlar a diabetes e o colesterol, manter um peso adequado e uma alimentação equilibrada (DGS, 2025)⁴.

Uma das medidas tomadas pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares é a Via Verde do AVC, um sistema que permite identificar rapidamente os sinais e encaminhar o doente para o hospital certo (DGS, 2025)⁵. Este processo aumenta as hipóteses de sobrevivência sem incapacidade grave, pois o tempo é decisivo (Serviço Nacional de Saúde, 2021)⁶. A DGS recomenda

seguir a regra dos 3 F's – Face, Força e Fala:

Face: peça à pessoa para sorrir e, veja se um lado do rosto fica imóvel;

Força: peça para levantar os dois braços e, verifique se um deles desce ou fica mais fraco que o outro;

Fala: peça para repetir uma frase simples e repare se há dificuldade em falar ou compreender.

Se notar qualquer um destes sinais, deve ligar de imediato 112. O tratamento só é eficaz nas primeiras horas após o início dos sintomas, por isso agir rapidamente pode fazer a diferença no prognóstico ou na recuperação.

Apêndice II - Publicação de Sensibilização com os cuidados a ter com o sol.

 **UCC Lamego**
18 de junho às 16:11 · 🌐

🟡 Na UCC de Lamego, queremos que aproveite o sol com responsabilidade! Sabemos que os dias quentes convidam a momentos ao ar livre, mas também trazem desafios para a sua saúde. O Instituto Português do Mar e Atmosfera refere que as temperaturas vão diminuir nos próximos dias, contudo continuamos com níveis de Radiação Ultravioleta com intensidade muito alta (UV - 9). A exposição solar sem proteção pode causar queimaduras, envelhecimento precoce, cancro de pele, insolação e desidratação, o que torna essencial seguir as nossas indicações.

🟡 Cuide da sua pele e aproveite cada momento do verão sem riscos!



FÉRIAS DE VERÃO CHECKLIST
Não se esqueça!

1 Colocar Protetor Solar
Aplicar protetor solar com Fator de Proteção Solar ≥ 30 , 30 minutos antes da exposição solar. Reaplique de 2 em 2 horas e após nadar ou transpirar, mesmo que o produto seja resistente à água.

2 Evitar horas de calor
Evite a exposição solar direta entre as 11h e as 17h, quando a radiação UV é mais intensa, cuidado mesmo com céu nublado ou à sombra: os raios UV

FÉRIAS DE VERÃO CHECKLIST

Não se esqueça!

- Colocar Protetor Solar**
Aplicar protetor solar com Fator de Proteção Solar ≥ 30 , 30 minutos antes da exposição solar. Reaplique de 2 em 2 horas e após nadar ou transpirar, mesmo que o produto seja resistente à água.

- Evitar horas de calor**
Evite a exposição solar direta entre as 11h e as 17h, quando a radiação UV é mais intensa, cuidado mesmo com céu nublado ou à sombra: os raios UV continuam presentes e prejudiciais.

- Evitar queimaduras**
Evitar queimaduras solares e escaldões, especialmente se tiver pele clara, sardas, cabelos loiros ou ruivos e muitos sinais.

- Vestir roupa protetora**
Use chapéus de abas largas, roupas de manga comprida e óculos de sol com proteção UV;


UCC Lamego

UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LAMEGO
FACULDADE DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA VIDA

Apêndice III- Artigo para Rádio na Escola Mateus

Tema	Escola	Sociedade geral/ rádio local
Cuidados a ter com as radiações solares	"Gostas de usar minissaia, calções ou t-shirt cavada? Top! Mas não te esqueças: o sol pode não ser assim tão amigo. O melanoma, um tipo de cancro da pele, está a aumentar, e a principal causa é a exposição solar sem proteção. Por isso, se vais sair para o sol, mesmo que seja só até ao jardim ou para jogar à bola, usa protetor solar com fator 30 ou mais e não dispenses uns óculos de sol com estilo, protegem e ainda ficam mesmo bem! Evita o sol entre as 11 e as 17 horas, e fica atento aos sinais na tua pele: se mudarem, não ignores. A Escola, quer ver-te bem, por dentro e por fora. Protege-te!" (Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, 2019)	"Olá Vila Real! Sabias que o melanoma, é um tipo de cancro da pele, que está a aumentar em Portugal? A principal causa é a exposição excessiva ao sol, algo muito comum aqui na nossa região, especialmente pelas atividades ao ar livre ou pelo "trabalho no campo". Nesta Semana Europeia do Melanoma, lembramos que proteger a pele é essencial. Use protetor solar com fator 30 ou superior, evite o sol entre as 11 e as 17 horas, vista roupa que tape bem o corpo e não se esqueça dos óculos de sol. É muito importante: observe os seus sinais, se mudarem de cor, forma ou tamanho, fale com um profissional de saúde. Evitar, proteger e vigiar: três gestos simples que podem fazer toda a diferença. (Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo, 2019)

Tabela 2. Artigos para rádios - Cuidados a ter com as radiações solares

Tema	Escola	Sociedade geral/ rádio local
Alimentação - Intoxicações alimentares	Ola, jovens do distrito de Vila Real! O verão está aí e com ele a diversão, mas atenção ao que comemos! No calor, é mais fácil os alimentos estragarem-se. Por isso, nunca deixes a tua comida ao sol e evita comer carnes malpassadas ou peixe cru. Se levas lancheira, lembra-te: deixa a comida arrefecer antes de a colocar em caixas de plástico, e aquece sempre em recipientes de vidro! Comer bem é também cuidar da nossa saúde. Prefere frutas e legumes frescos que além de deliciosos, ajudam a proteger o teu corpo! Vamos passar um verão em grande, sem sustos!	Com a chegada do verão e as temperaturas elevadas, os riscos de intoxicação alimentar aumentam. Alimentos mal conservados ou mal cozinhados podem ser um perigo à espreita! Lembre-se: mantenha os alimentos frescos no frigorífico, evite o consumo de carne ou peixe mal passados e privilegie métodos de confeção mais seguros, como estufados ou caldeiradas. Evite também guardar refeições quentes em embalagens de plástico, deixe arrefecer antes de acondicionar! Proteja a sua saúde e a da sua família. Aposte numa alimentação variada, segura e fresca. Este verão, faça escolhas inteligentes à mesa.

Tabela 3. Artigos para rádios - Alimentação - Intoxicações alimentares

	(Teixeira, Pestana, Calhau, & Graça, 2015)	(Teixeira, Pestana, Calhau, & Graça, 2015)
Tema	Escola	Sociedade geral/ rádio local
Tabaco	Sabes aquela sensação de que, o que é proibido é mais apetecido? O tabaco tenta enganar-te exatamente assim! Mas a verdadeira liberdade está em dizer NÃO. Fumar parece rebelde? A verdadeira rebeldia é escolher o teu futuro, a tua saúde, o teu ritmo! Cada vez que dizes 'não' ao tabaco, estás a ganhar força, energia e respeito por ti próprio. És mais livre, mais forte, mais tu! E se já fumaste, nunca é tarde para parar. Com apoio, com atitude, e com a certeza de que estás a conquistar algo muito maior: o controlo da tua vida. Respira fundo... e escolhe viver sem limites. Mais vida, sem tabaco! (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do tabagismo, 2021)	Em Vila Real, chegou o momento de dizer, sim à vida e deixar o tabaco para trás! Sabia que há 15 passos que o podem ajudar a deixar de fumar com sucesso? Primeiro, pense nas razões que o motivam e conheça bem os seus hábitos. Depois, calcule quanto pode poupar, comunique a sua decisão a quem o rodeia e escolha o seu Dia D! Peça ajuda médica se precisar, prepare-se para os desafios e lembre-se de treinar a sua mente para resistir à vontade de fumar. No grande dia, elimine tudo o que associe ao cigarro e evite os locais onde fumava. Aposte numa alimentação saudável, mexa-se mais, aprenda a dizer 'não' ao tabaco e, claro, celebre cada conquista! Guarde o dinheiro que poupa e use-o para algo que lhe traga alegria! Lembre-se: deixar de fumar é ganhar anos de vida, energia e liberdade! (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do tabagismo, 2021)

Tema	Escola	Sociedade geral/ rádio local
Vetores	Zumbir (abelhas, mosquitos) Miguel (com sono, a bocejar): <u>Ai</u>, Sara... dormi tão mal esta noite. Um mosquito andava a fazer voos rasantes no meu quarto! Parecia que tinha um <u>donos</u> a sobrevoar-me a cabeça! Sara (a rir): Bem-vindo à época dos mosquitos, Miguel! De maio a outubro, eles estão em força. E não é só no verão que aparecem! Miguel (surpreso): A sério? Pensava que era só nas férias e com o verão! Sara: Nada disso. E pior, se houver água parada por perto, tipo num prato de plantas, pneus, ou poças, eles multiplicam-se <u>supex</u> rápido. Miguel: Agora que dizes isso... tenho uma piscina de plástico no quintal com água da chuva há semanas. Sara (alerta): Tens de a esvaziar já! Sabias que os mosquitos põem ovos na água e em 7 a 14 dias já tens uma nova geração a picar-te? Miguel (com cara de susto): Credo! E podem dar doenças, não é? Sara: Sim, doenças como o Dengue, o <u>Zika</u>, e até <u>a</u> Malária em alguns países. Aqui em Portugal o risco é baixo, mas é sempre melhor prevenir. Miguel: Então o que faço? Tranco-me em casa? Sara (sorrindo): Não precisas disso! Usa repelente ou óleo de eucalipto-limão e mete redes mosquiteiras nas janelas. E claro, nada de água parada!	Zumbir (abelhas, mosquitos) Miguel: Eh pá, Sara, ontem dormi pessimamente... estava um mosquito no quarto, parecia um helicóptero em miniatura! Sara: <u>Ahh</u>! Bem-vindo à época dos mosquitos! Sabias que agora, entre maio e outubro, é quando eles andam mais ativos? Miguel: A sério? Pensava que era só no verão. Sara: sim, sim! E o pior é que não é só o incómodo das picadas... alguns mosquitos podem transmitir doenças como o Dengue, o <u>Zika</u> ou até <u>a</u> Malária, se estiverem infetados. Miguel: Credo! Mas isso é só lá fora, não? Sara: A maioria, sim, mas com as alterações climáticas e viagens, nunca se sabe. E mesmo os que temos cá, além do incómodo, podem entrar em casa e hibernar durante o inverno! Miguel: Então o que é que posso fazer? Fechar as janelas todas? Sara: Também! Ou usar redes mosquiteiras, repelentes e evitar deixar águas paradas por aí. Até um pratinho com água debaixo de um vaso pode virar um viveiro! Miguel: Olha, por acaso tenho uma piscina de plástico no quintal que nem uso... Sara: Então é melhor esvaziar ou tapar. E se tiveres pneus velhos, lixo ao ar livre... tudo isso pode ser abrigo de larvas. Miguel: Boa dica. Nunca pensei nisso! Olha, vou passar repelente antes de dormir hoje. E se calhar até fecho melhor a janela.

**Apêndice IV - Obesidade, Sessão de Educação para utente do Portas P'rá
Vida**





HIPERTENSÃO ARTERIAL

DEFINIÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) ocorre quando a pressão do sangue nas artérias se mantém constantemente alta.



DOENÇAS ARTICULARES



PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS



COMO SE PODE EVITAR

ADOTAR HÁBITOS SAUDÁVEIS

reduzir o consumo de sal,
manter uma alimentação
equilibrada, praticar
exercício físico...



GERIR O STRESS

Técnicas como meditação,
respiração profunda e
exercícios de relaxamento
podem ajudar a controlar a pressão
arterial.



ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA



COMIDA E SAÚDE

GORDURAS BOAS – AZEITE, ABACATE E PEIXES COMO SALMÃO CONTRIBUEM PARA A SAÚDE DO CORAÇÃO.



LEGUMES E VERDURAS – ESPINAFRE, BRÓCOLOS, CENOURA SÃO ESSENCIAIS PARA FORNECER VITAMINAS E FIBRAS.



PROTEÍNAS MAGRAS – PEIXE, FRANGO, OVOS E LEGUMINOSAS COMO FEIJÃO E LENTILHA SÃO IMPORTANTES PARA OS MÚSCULOS E METABOLISMO.

FRUTOS SECOS E SEMENTES – AMÊNDOAS, NOZES, CHIA E LINHAÇA SÃO ÓTIMAS FONTES DE GORDURAS SAUDÁVEIS.



CEREAIS INTEGRAIS – AVEIA, QUINOA, ARROZ INTEGRAL E PÃO INTEGRAL FORNECEM ENERGIA.



FRUTAS – LARANJA, MAÇÃ, BANANA, MORANGOS OFERECEM ANTIOXIDANTES E ENERGIA.

COMO MANTER UMA DIETA EQUILIBRADA

INCLUI FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS NAS REFEIÇÕES



COME COM CALMA



EVITA EXAGEROS E ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2022). PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.

Vaz, C. (2018). Consequências da obesidade para a saúde. CUF. Acedido junho, 2025, em <https://www.cuf.pt/mostrar/consequencias-da-obesidade-para-sua-saude>

Apêndice V- Dia Mundial Sem Tabaco Sessão de Educação para beneficiários do RSI

UCC Lamego

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego

**DIA MUNDIAL
SEM TABACO**

AE – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos
Enf. – Sandra Rodrigues e Soraia Santos

UCCL05i-001|Rev.A

Grupos Vulneráveis	UCCL 07.02
Apresentação PPT nº 000 – Dia Mundial Sem Tabaco	Revisão A

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego

O QUE É O TABACO

O tabaco é uma planta da espécie *Nicotiana tabacum*, cujas folhas são secas e processadas para uso em produtos como cigarros, charutos, cachimbos e rapé.

Legenda:

- Gases tóxicos
- Substâncias Cancerígenas
- Metal tóxico
- Metais cancerígenos
- Gases cancerígenos

Substâncias encontradas no tabaco:

- Nicotina
- Acroleína
- Ácido Láctico
- Benzeno
- Monóxido de carbono
- Arsenico
- Terebentina
- Níquel
- Xileno
- Cádmio
- Isolacina
- Acetato de chumbo
- Picralina
- Cianeto
- Catranas
- N-Nitrosaminas
- Amônia
- Formaldeído
- Fósforo P4 P6
- Potónio 210
- Acetaldeído
- Naftalina

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LAMEGO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Instituto de Ciências da Comunidade de Lamego

TIPOS DE FUMADORES

Ativo

Passivo

- Ambiental

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LAMEGO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Instituto de Ciências da Comunidade de Lamego

TIPOS DE TABACO

Tabaco de Combustão



- São produtos que queimam tabaco: cigarros, charutos, cigarrilhas, tabaco de enrolar, cachimbo, etc.
- Contêm nicotina, a combustão gera fumo com substâncias tóxicas e cancerígenas.

Tabaco Aquecido



- Não há combustão nem produção de fumo, apenas aquecimento (cerca de 350 °C).
- Liberta nicotina e outras substâncias na forma de aerossol (vapor).

Cigarros eletrónicos (vaping)



- Não contém tabaco
- Funcionam com líquidos vaporizados.
- Contém substâncias como propileno glicol, glicerina vegetal, aromatizantes e, por vezes. Podem conter metais pesados, entre outros.
- Consumo fácil e em grandes quantidades aumenta os riscos. Apresentação atrativa pode incentivar jovens a começar.

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

*Dia Mundial Sem Tabaco***UCC Lamego**UNIVERSIDADE COLÉGIO DE LAMEGO
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALENQUER
Instituto de Estudos em Ciências da Saúde**CONSEQUÊNCIAS****PARA A SAÚDE**

- Doenças respiratórias;
- Doenças cardiovasculares;
- Cancro;
- Problemas na gravidez;
- Dependência;
- Outras consequências.



Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

*Dia Mundial Sem Tabaco***UCC Lamego**UNIVERSIDADE COLÉGIO DE LAMEGO
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALENQUER
Instituto de Estudos em Ciências da Saúde**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS**

- **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC):** condição progressiva que afeta os pulmões, dificultando a respiração.
- **ENFISEMA:** consiste na rotura do alvéolos;
- **BRONQUITE CRÓNICA:** aumento da produção de muco brônquico;
- **ASMA BRÔNQUICA:** inflamação dos brônquios que os torna estreitos, causando dificuldade respiratória.



Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Faculdade de Ciências da Saúde e do Ambiente

DOENÇAS CARDIOVASCULARES



- **ENFARTE DO MIOCÁRDIO:** ocorre quando uma artéria bloqueada impede a chegada de sangue ao coração, causando dor no peito e danos cardíacos.
- **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC):** acontece quando o sangue deixa de chegar ao cérebro, podendo causar paralisias, dificuldades na fala e outras sequelas.
- **HIPERTENSÃO ARTERIAL:** é a pressão alta persistente, que sobrecarrega o coração e pode levar a enfarte, AVC e outras complicações.

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
Faculdade de Ciências da Saúde e do Ambiente



Pulmão Saudável



Cancro do Pulmão

CANCRO

O tabaco danifica as células do corpo, que aumenta o risco de cancro, como:

- Cancro do pulmão;
- Cancro da boca e garganta;
- Cancro do esófago;
- Cancro do pâncreas;
- Cancro da bexiga; entre outros

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

PROBLEMAS NA GRAVIDEZ

- Bebê com baixo peso
- Nascimento prematuro
- Problemas no crescimento e desenvolvimento do bebê
- Risco maior de aborto espontâneo
- Risco de morte súbita do bebê
- Problemas na placenta



Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

DEPENDÊNCIA



A nicotina é um estimulante extraído da planta do tabaco. Houve estudos que demonstraram que a dependência da nicotina vai muito além da abstinência química, pois o hábito de fumar interfere no equilíbrio psicológico e comportamental, os dependentes fumam por ritual, para reduzir o stress e a ansiedade.

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO
Instituto de Saúde e Ambiente

OUTRAS

CONSEQUÊNCIAS

- Envelhecimento precoce,
- problemas dentários,
- impotência.



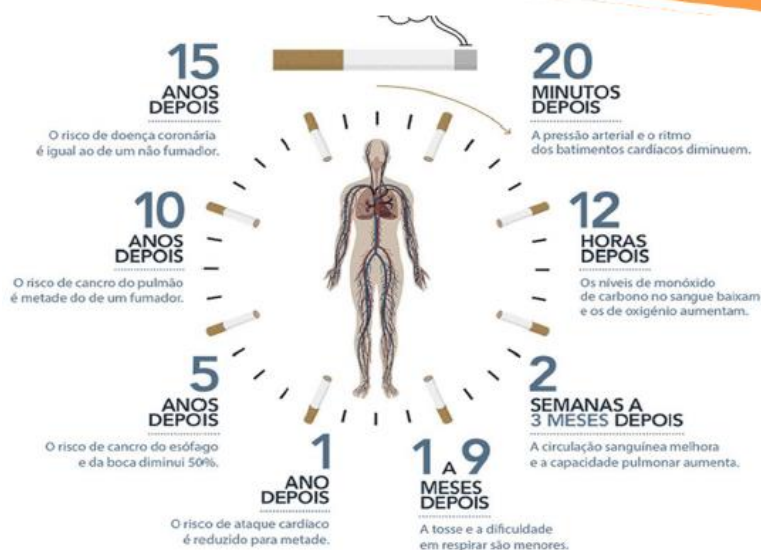
Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO
Instituto de Saúde e Ambiente

BENEFÍCIOS PARA



DEIXAR DE FUMAR

- Reduz risco de cancro;
- Reduz risco de doença cardíaca;
- Reduz risco de desenvolvimento de doenças pulmonares;
- Reduz sintomas respiratórios (tosse, pieiras e falta de ar);
- Reduz risco de infertilidade.

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE LAMEGO
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO

BENEFÍCIOS PARA

DEIXAR DE FUMAR

UCC Lamego

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE LAMEGO
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO

DIA MUNDIAL SEM
TABACO

VALIDO ATÉ 1 ANO

NÃO COMPRE LEVE 1800€

FAÇA A SUA ESCOLHA

TERMOS E CONDIÇÕES

TERMOS E CONDIÇÕES

Escolher o "Dia D"
Pedir ajuda, junto das Unidades de Saúde
Frequentar a consulta de cessação tabágica

Contactos
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
Avenida 5 de outubro, n.º 177, 1.º Dto 5100-065, Lamego
Telefone: 254 600 064
Endereço eletrónico:
ucc.lamego@arsnorte.minsau.de.pt
Horário de Funcionamento:
Segunda a sexta:
08:00 às 20:00 horas
254 600 064

DATA MUNDIAL SEM TABACO

TABACO

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE LAMEGO
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO

SABIA QUE...

As esposas dos fumadores têm um risco aumentado de 24% de vir a ter cancro do pulmão comparativamente à mulher que nunca fumou, devido à exposição crónica.

Uma criança cuja mãe fuma tem uma probabilidade aumentada em 70% de sofrer de problemas respiratórios, sendo esta probabilidade de 30% se o pai for fumador.

Em Portugal, cerca de 13% dos não fumadores referiram encontrar-se expostos diariamente, no seu domicílio, ao fumo do tabaco. Por outro lado, cerca de 24% dos fumadores portugueses assumiram expor terceiras pessoas ao fumo do tabaco em sua casa.

Quanto ao fumo no interior de veículos, dados revelam que as concentrações de poluentes do tabaco são muito elevadas sempre que se fume no seu interior, mesmo com as janelas abertas.

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO NORTE
 TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO
 Instituto de Ciências da Comunicação e da Cultura

MITOS SOBRE O TABACO

- ☐ "Fumar só causa cancro de pulmão."
- ☐ "Parar de fumar depois de muitos anos não traz benefícios."
- ☐ "Fumar ajuda a controlar o peso."
- ☐ "Cigarro eletrónico é totalmente seguro."
- ☐ "Somente os fumadores ativos correm riscos, não os que ficam perto."
- ☐ "Fumar ajuda a aliviar o stress."
- ☐ "Mastigar tabaco é menos prejudicial do que fumar."

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO NORTE
 TRÁS-OS-MONTES E ALTO ADOURO
 Instituto de Ciências da Comunicação e da Cultura

CONSULTA

CESSAÇÃO TABAGICA



Médico de família ou Enfermeira Soraia

(contacto: 254 600 064)



encaminham

Dr. Nuno e Enfermeira Graça

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LAMEGO
TRABO-OS MORTES É ALTO DOURO
Instituto de Ciências da Saúde e do Trabalho

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2021). Guia prático de gestão da asma nos cuidados de saúde primários. https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2021/05/Guia_Aasma_15x21_interac.pdf

SNS. (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>

SNS. (2025). Deixar de Fumar. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/deixar-de-fumar>

Silva, D. A. (2019). Uso do tabaco e dependência da nicotina entre universitários da área da saúde no interior de São Paulo. Nursing (São Paulo), 22(249), 2621-2626. <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/255/235>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/doen%C3%A7a-pulmonar-obstrutiva-cr%C3%B3nica-dpoc/>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo: 2012–2016. Calheiros, J. M. (2006). Fumo ambiental e saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22(2), pp. 245–253.

CUF. (s.d.). Quais as diferenças dos vários tipos de cigarro? Acedido junho, 2025, em <https://www.cuf.pt/mais-saude/quais-diferencas-dos-varios-tipos-de-cigarro>

Portugal, Ministério da Saúde, Sistema Nacional da Saúde. (2025). Temas: Dependências: Tabagismo. Acedido junho, 2025, em <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/dependencias/tabagismo/>

Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LAMEGO
TRABO-OS MORTES É ALTO DOURO
Instituto de Ciências da Saúde e do Trabalho

DÚVIDAS?



Grupos vulneráveis – Estudantes de Enfermagem – Mara Gomes, Lara Costa e Tatiana Santos

Apêndice VI - Saúde Mental Positiva, Sessão de Educação para beneficiários do RSI

UCC Lamego
 Unidade de Cuidados na Comunidade do Lamego
 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
 TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

“Saúde Mental Positiva”

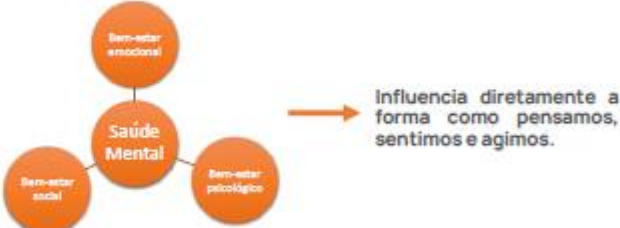
Sandra Rodrigues – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

PROCESSO	LECURE
Apresentação PPT e X – Estudo	Revisão X

INTRODUÇÃO

Saúde Mental: Uma Visão Abrangente

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define **Saúde Mental** como um estado de bem-estar integral. Os indivíduos reconhecem as suas habilidades, conseguem enfrentar o stress diário, trabalhar produtivamente e contribuir ativamente para a comunidade.

```

graph TD
    A((Bem-estar emocional)) --- B((Saúde Mental))
    C((Bem-estar social)) --- B
    D((Bem-estar psicológico)) --- B
    B --> E[Influencia diretamente a forma como pensamos, sentimos e agimos.]
  
```

Ter uma boa saúde mental é, por vezes, considerado ainda mais crucial do que a saúde física, pois **impacta todos os aspetos da nossa existência**.

UCC Lamego

PLANEIO

Os Fundamentos de uma Vida Emocionalmente Saudável




Controlo Emocional

Resiliência

Autosceitação

Relacionamentos Saudáveis

Pessoas emocionalmente saudáveis

UCC Lamego

AUTOCONSCIÊNCIA

A Verdadeira Natureza da Saúde Emocional

Não é Felicidade Constante

Ser emocionalmente saudável não significa estar perpetuamente feliz, mas sim reconhecer e aceitar todas as emoções, tanto as positivas quanto as negativas.

Consciência Emocional

Implica estar consciente das suas emoções e possuir as ferramentas para lidar com elas de forma construtiva, sem deixar que o dominem.

Gerir Sentimentos Negativos

Permite enfrentar e processar emoções desafiadoras como stress, raiva e tristeza, transformando-as em oportunidades de crescimento.



ESTRATÉGIAS

Manter uma Saúde Mental Positiva: Quatro Pilares

Consciência Emocional

Desenvolver a capacidade de reconhecer e compreender as suas próprias emoções, o que as desencadeia e como o afetam.

Expressão Adequada

Aprender a comunicar os seus sentimentos de forma saudável e construtiva, evitando a repressão ou explosões emocionais.

Controlo do Stress

Desenvolver estratégias eficazes para gerir o stress diário, minimizando o seu impacto negativo no bem-estar.

Procurar Equilíbrio

Encontrar um balanço harmonioso entre trabalho e lazer, atividade e descanso, para sustentar a saúde mental e física.



ESTRATÉGIAS

Estar Consciente das Suas Emoções



A jornada para a Saúde Mental Positiva começa com a **auto-observação**.

Identificar as fontes

Refletir sobre o que provoca tristeza, frustração ou outras emoções desafiadoras. Compreender os gatilhos é o primeiro passo para a mudança.

Avaliar o Impacto

Considerar se é possível remover ou minimizar a presença dessas situações, pessoas ou coisas da sua vida. A proatividade é fundamental.

Praticar o Controlo

Quando a remoção não é viável, praticar o controlo sobre a sua reação emocional. Isso impede que essas emoções tenham um impacto desproporcionado no seu bem-estar geral.

SEGUNDO PLANO

Expressar os Sentimentos Adequadamente

A comunicação eficaz das emoções é vital para a saúde mental. **Reter sentimentos** como raiva, frustração ou tristeza pode criar tensões desnecessárias e ressentimento, tanto para si mesmo quanto para os outros.

Aprender a **controlar e expressar os seus sentimentos de forma apropriada** não só melhora os seus relacionamentos, mas também diminui significativamente o stress emocional. Trata-se de encontrar um equilíbrio entre a autenticidade e a consideração pelos outros.

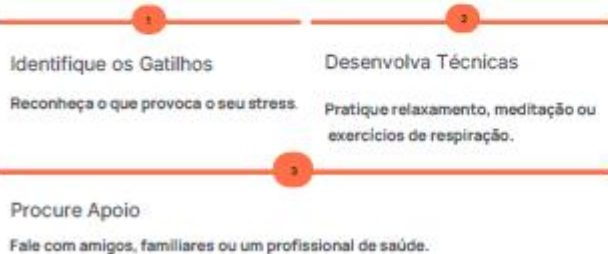


UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTUGAL

TRACORDO PLUS

Estratégias Eficazes para o Controlo do Stress

Embora o stress faça parte da vida, o **stress crónico e descontrolado é altamente prejudicial** para a sua saúde física e mental. É crucial desenvolver mecanismos de coping (estratégias para lidar com situações difíceis) que o ajudem a resolver ou a minimizar o impacto das situações stressantes.



QUARTO PILAR

A Arte de Encontrar o Equilíbrio na Vida

A vida é um constante **ato de equilíbrio**! Para manter uma boa saúde física, mental e emocional, é essencial encontrar um balanço entre as diferentes esferas da sua vida.

Isso inclui:



UCC Lamego

CONCEITOS

Promover a Saúde Mental Positiva: Um Esforço Coletivo



UCC Lamego

QUARTO PILAR

A Arte de Encontrar o Equilíbrio na Vida

A vida é um constante **ato de equilíbrio**! Para manter uma boa saúde física, mental e emocional, é essencial encontrar um balanço entre as diferentes esferas da sua vida.

Isso inclui:



UCC Lamego

CONHEÇA

Promover a Saúde Mental Positiva: Um Esforço Coletivo



UCC Lamego

Técnicas de Relaxamento

As técnicas de relaxamento são fundamentais, no entanto, apenas têm impacto e “funcionam” quando treinadas. Assim, tornam-se um recurso fácil e acessível em situações difíceis do dia-a-dia, tal como andar de bicicleta.

Técnicas Comuns

- Yoga
- Respiração diafragmática
- Relaxamento muscular progressivo Jacobson

Outras Abordagens

- Treino autogénico de Schultz
- Visualização dirigida (meditações guiadas)
- Técnicas de mindfulness (meditação rápida)
- Meditação



O que é o Mindfulness?

O Mindfulness, ou atenção plena, consiste em práticas que permitem desenvolver a consciência no momento presente. É uma ferramenta poderosa para cultivar o bem-estar e deve ser praticada diariamente.

Prática Diária

Para que o Mindfulness seja eficaz e se torne uma ferramenta natural no dia-a-dia, é crucial que seja praticado regularmente. Vê-lo como um "comprimido de SOS" apenas em momentos de crise torna a sua aplicação mais difícil e menos potente.



Mindfulness: Os Pilares da Atenção Plena



Foco no Presente

Direcionar a atenção para o agora, sem se perder em preocupações passadas ou futuras.



Aceitação dos Sentimentos

Normalizar e acolher todos os sentimentos e pensamentos, sem julgamento.



Observação Corporal

Apurar os cinco sentidos para as sensações do corpo e do ambiente, desenvolvendo uma consciência mais profunda.



Como Praticar a Meditação Mindfulness

A meditação Mindfulness é uma prática acessível que pode ser integrada no seu dia-a-dia. Siga estes passos para começar:

01

Encontre a Sua Posição

Sente-se confortavelmente, com a coluna reta mas relaxada. Pode ser numa cadeira, com os pés assentes no chão, ou em almofadas.

04

Deixe os Pensamentos Fluir

Quando pensamentos stressantes surgirem, não lute contra eles. Simplesmente observe-os e deixe-os passar, regressando o foco à respiração. Mantenha a calma e continue a respirar profundamente.



02

Concentre-se no Presente

Direcione a sua atenção para os pensamentos e o momento atual, observando-os sem julgamento.

05

Explore os Seus Sentidos

Concentre-se no que vê, sente, cheira ou ouve no ambiente, aprofundando a sua conexão com o momento presente.



UCC Lamego
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTUGAL

Mindfulness e a Respiração Diafragmática

A respiração é a âncora da atenção plena. Ao fechar os olhos e pousar as mãos sobre os joelhos, com os pés apoiados no chão, prepara-se para um exercício de centralização.

O Poder da Respiração Diafragmática

A respiração diafragmática é o primeiro passo para reestabelecer o equilíbrio. Ao invés de uma respiração torácica e superficial, que pode levar à hiperventilação e acumular tensão nos ombros, a respiração profunda acalma o sistema nervoso e promove o relaxamento.



Encontrar o Equilíbrio Interior



Sintonize-se Consigo

O que está a sentir neste momento? Frio, calor, leveza, peso? Não há respostas certas ou erradas. Simplesmente observe o seu estado físico e emocional.

Observe os Seus Pensamentos

O que se passa na sua mente? Estará a divagar? Estará focado? Apenas observe, sem julgar.

Respire para Acalmar

Se se sentir stressado ou zangado, lembre-se: **Respire!** Irá acalmar-se e libertar a tensão acumulada. Uma respiração profunda pode mudar o seu estado.

Inspire e Expire Preocupações

Se estiver preocupado com uma situação futura, **Inspire...** e... **Expira**. Liberte a ansiedade do que ainda não aconteceu.

Foque-se no Presente

Se estiver triste, **Respire**. Em pouco tempo, sentirá que vale a pena viver e sorrir novamente. O momento presente é tudo o que temos.

Benefícios do Mindfulness: Uma Transformação Positiva



- 1 **Consciência dos Pensamentos**
O Mindfulness ajuda a reconhecer os padrões de pensamento, permitindo uma maior clareza mental e distanciamento de pensamentos negativos.
- 2 **Resposta ao Stress Menos Impulsiva**
Com a prática, desenvolve-se a capacidade de reagir ao stress de forma mais ponderada e menos reativa.
- 3 **Ativa o Modo "Ser"**
Passamos do modo "fazer" constante para o modo "ser", permitindo uma presença mais plena e uma apreciação mais profunda da vida.
- 4 **Sensibilidade Corporal Aumentada**
Torna-nos mais conscientes e sensíveis às necessidades do nosso corpo, promovendo um maior autocuidado e bem-estar físico.
- 5 **Redução da Atividade Cerebral do Stress**
O Mindfulness demonstrou reduzir a atividade de áreas cerebrais responsáveis pela resposta ao stress, promovendo um estado de calma.
- 6 **Maior Concentração**
Melhora a capacidade de focar a atenção nas atividades do presente, aumentando a produtividade e a desfrute das tarefas diárias.



Como Praticar Mindfulness na Vida Diária?

Integrar o Mindfulness no cotidiano é mais simples do que parece. Não precisa de um local especial ou de muito tempo. Combine-o com atividades diárias, preferencialmente sozinho, e concentre-se nas sensações.

- Enquanto lava a louça, sinta a água, o sabão, o toque dos objetos.
- Na jardinagem, sinta a terra, observe as plantas, ouça os sons da natureza.
- Ao passar a roupa a ferro, preste atenção ao calor, ao movimento, ao cheiro do tecido.
- Ao dar um passeio, concentre-se nos seus passos, na paisagem, nos sons ambiente.
- A reparar um carro, foque-se nas ferramentas, nos materiais, no processo.
- Em qualquer atividade, concentre-se no que vê, sente, cheira ou ouve.

UCC Lamego
© 2018 UCC Lamego



Stress com Frequência? O Mindfulness Pode Ajudar!

Em situações stressantes, praticar a técnica simples "S.T.O.P." pode desenvolver as suas capacidades de gestão consciente do stress.

- 1 S - Stop (Parar)
Pare o que está a fazer por um momento. Interrompe a sua rotina e crie um espaço para si.
- 2 T - Take a Breath (Respirar)
Tome algumas respirações profundas e conscientes, prestando atenção à sensação do ar a entrar e a sair do seu corpo.
- 3 O - Observe (Observar)
Observe os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais, sem julgamento. Note o que está presente.
- 4 P - Proceed (Prosseguir)
Prossiga com a sua atividade, mas com uma consciência renovada e uma perspetiva mais calma.

UCC Lamego
© 2018 UCC Lamego

Referências bibliográficas

- Direção Geral da Saúde (2016). A Saúde Dos Portugueses. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAd%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
- Leite, A. (2016). Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17329/1/Conce%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20Programa%20de%20Sa%C3%BAd%20Mental%20Positiva%20para%20docentes%20do%20Ensino%20B%C3%A1sico.pdf>
- Muñoz, C.; Restrepo, D. & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 39(3). Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v39n3/1020-4989-RPSP-39-03-166.pdf
- Sequeira, C. & Lluch, T. (2015). Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva

UCC Lamego
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego

Morada:
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
Avenida 5 de Outubro, nº177, 1º andar
5100-065 Lamego

Telefone:
254 600 064 / 965 766 399

Endereço eletrónico:
ucclamego@uistmad.mln-saude.pt

Horário de Funcionamento:
De 2ª a 6ª: 08:00 às 20:00
Sábados: 09:00 às 17:00
Domingos e Feriados: 09:00 às 13:00

Facebook:
https://www.facebook.com/ucc.lamego/?locale=pt_PT

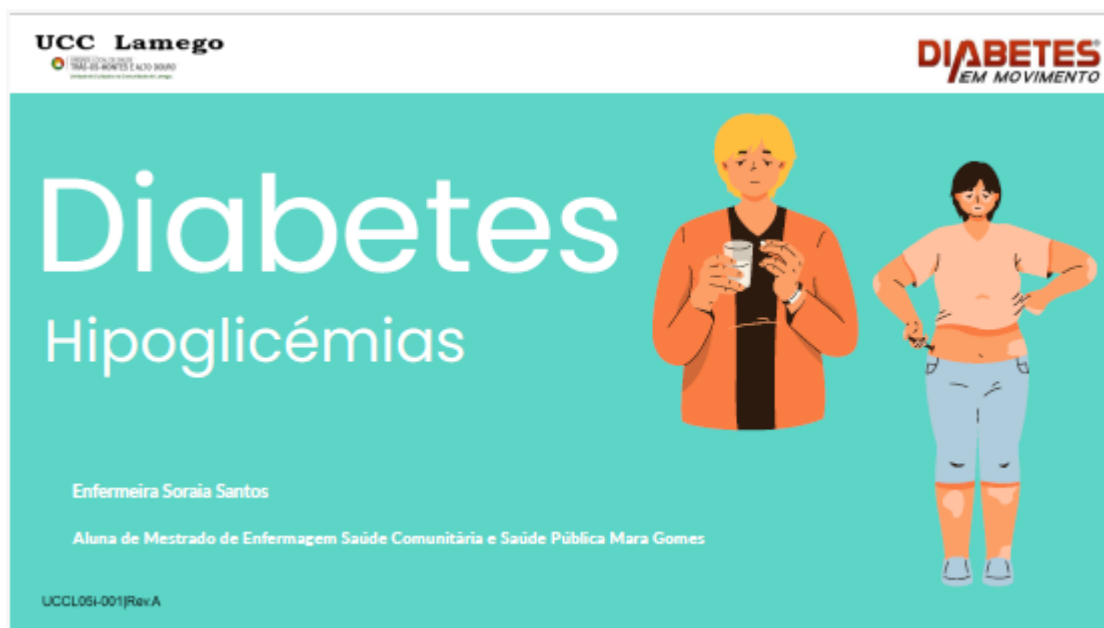
Instagram:
<https://www.instagram.com/ucc.lamego24/>

UCC Lamego
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALENQUER

*"UCC Lamego: Semeia Saúde,
Transforma Comunidades,
Colhe Bem-estar"*

TÍTULO - ENFª

Apêndice VII - Diabetes em Movimento, Sessão de Educação Hipoglicémias



Impacto das Hipoglicêmias



Prevalência

- Cerca de 90% das pessoas com diabetes insulino-dependentes já experienciaram episódios de hipoglicemia.
- Aproximadamente 20% das pessoas com diabetes referem episódios de hipoglicemias ligeiras a moderadas nos últimos três meses.

Impacto no dia-a-dia

- Gravidade do episódio
- Duração do período de recuperação
- Resposta individual

Consequências funcionais e sociais

As manifestações neurológicas podem originar acidentes e incapacidades, agravando o impacto das hipoglicemias.

Definição de Hipoglicêmias

A hipoglicemia é caracterizada por uma redução na concentração de glicose no plasma a um nível que pode induzir sintomas ou sinais, tais como alterações da consciência e/ou estimulação do sistema nervoso simpático.



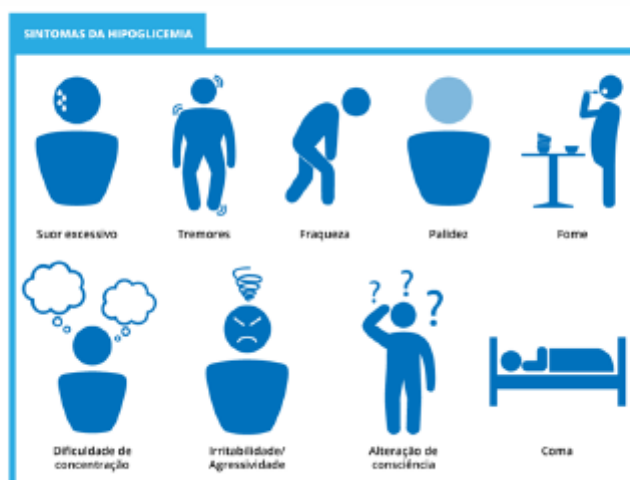
Triade de Whipple

Valor de glicose
baixo no sangue

Sintomas associados
à diminuição da
concentração
sanguínea de glicose

Reversão ou melhoria
desses sintomas com a
reversão da hipoglicemia
(após administração de
solução de glucose)

Sintomas



Tipo de Hipoglicêmias

Nível 1

Se Glicemia < 70
mg/dl e $\geq$
54mg/dl

Nível 2

Se Glicemia < 54
mg/dl

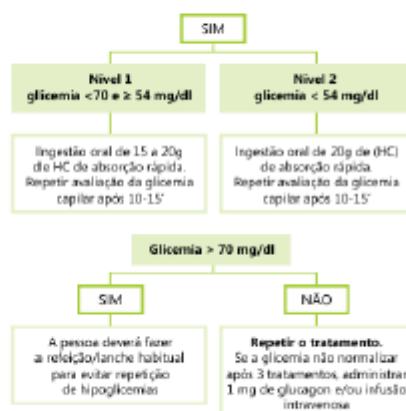
Nível 3

Adulto não
cooperante e/ou
sem capacidade
de deglutição ou
inconsciente



TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA

ADULTOS CONSCIENTE E COM CAPACIDADE DE DEGLUTIR



Tipo de Hipoglicêmias

Por queixas durante o Exercício
Consciente e com capacidade de deglutir

- 54 a 69 mg/dL – Hipoglicemia nível 1
- Ingestão de 15 g de açúcar (ou equivalente)
- Regra 15:15 até ≥ 70 mg/dL
- Máximo 3 ciclos (ver glucagon)
- Ingestão do lanche

DIABETES[®] EM MOVIMENTO

Por queixas durante o Exercício
Consciente e com capacidade de deglutir

- < 54 mg/dL – Hipoglicemia nível 2
- Ingestão de 20 g de açúcar (ou equivalente)
- Regra 20:10 até ≥ 70 mg/dL
- Máximo 3 ciclos (ver glucagon)
- Ingestão do lanche

Não faz mais exercício!

Nível 3

Adulto não cooperante e/ou sem capacidade de deglutição ou inconsciente

Colocar a pessoa em posição lateral de segurança.

Manter permeabilidade das vias aéreas.



Solicitar apoio clínico de urgência e/ou contactar 112.

Nível 3

Adulto não cooperante e/ou sem capacidade de deglutição ou inconsciente

Durante a espera de ajuda especializada podem colocar na mucosa bucal "papa de açúcar espessa".



Bibliografia



Nascimento do Ó, D., Paiva, A. C., Pereira, A. L., Rosário, F., Correia, I., Afonso, M. J., Laginha, T., Serrabulho, L., Boavida, J. M., & Raposo, J. R. (2021). Orientações para o tratamento da hipoglicemia em adultos com diabetes [Guidelines for treating hypoglycemia in adults with diabetes]. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 16(4), 186–193.

Obrigada



Apêndice XIII- Artigos pesquisados para a elaboração do E-book do projeto Respira Por Ti

Tabaco

Quando equiparado o fumo de cigarros eletrônicos, fumo IQOS com fumo do cigarro, verifica-se que os produtos são tóxicos em ambas as exposições, contudo apenas o IQOS e ~~vapor~~ interferem na energia celular.

Os cigarros eletrônicos e o IQOS podem agravar as infecções respiratórias, aumentando uma maior adesão microbiana às vias aéreas.

McAlinden, K. D., ~~Eapen, M. S., Lu, W., Sharma, P., & Sobal, S. S.~~ (2020). The effects of IQOS on airway cells: Let's not get burned all over again. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*, 63(2), 269–270. <https://doi.org/10.1165/rcmb.2020-0094LE>

O vapor do cigarro eletrônico contém níveis elevados de toxinas, que afetam os sistemas respiratório, gastrointestinal e cardiovascular.

Mais de metade das pessoas que têm interesse no IQOS nunca fumaram antes. Isto significa que tanto os cigarros eletrônicos como o IQOS podem funcionar como uma "porta de entrada" para o vício da nicotina em pessoas que nunca tinham fumado, em vez de servirem apenas como uma alternativa menos nociva para quem já é fumador.

Sobal, S. S., ~~Eapen, M. S., Vaidya, V. G. M., & Sharma, P.~~ (2019). IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: Direct comparisons with traditional cigarette and e-cigarette. *ERJ Open Research*, 5(1), 00159-2018. <https://doi.org/10.1183/23120541.00159-2018>

Uma análise recente de 189 estudos sobre o uso de cigarros eletrônicos mostrou que os jovens que nunca fumaram, mas experimentam estes dispositivos, têm maior probabilidade de iniciar e passar a fumar cigarros tradicionais.

American Thoracic Society. (2023). Novel tobacco products pose a danger to young people. <https://site.thoracic.org/about-us/news/novel-tobacco-products-pose-a-danger-to-young-people>

Ellenios Ellipsoidis, MD, presidente do Comitê de Controle do Tabaco da Sociedade Respiratória Europeia, disse:

"A indústria do tabaco sempre teve como alvo os jovens, tornando seus produtos atraentes usando várias estratégias."

American Thoracic Society. (2025). Stop tobacco industry tactics targeting young people, say international lung health experts. <https://site.thoracic.org/press-releases/stop-tobacco-industry-tactics-targeting-young-people-say-international-lung-health-experts>

A nicotina afeta gravemente o cérebro em desenvolvimento, tornando crianças e adolescentes mais vulneráveis ao vício. Prevenir o início do consumo de tabaco nessa fase é essencial para evitar doenças graves e proteger a saúde ao longo da vida.

American Thoracic Society. (2023). FIRS calls for action to prevent young people from taking up smoking. <https://site.thoracic.org/press-releases/firs-calls-for-action-to-prevent-young-people-from-taking-up-smoking>

Já foram testados os rótulos referentes à quantidade de nicotina, que se verificaram falhas na rotulagem. Foram identificados casos em que produtos rotulados como "sem nicotina" continham, na verdade, nicotina, o que representa um risco para os consumidores que procuram evitar essa substância.

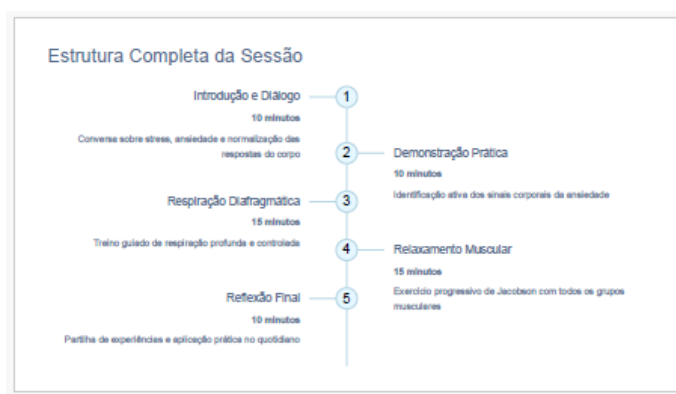
Os cigarros eletrônicos costumam ter aromas adicionados, mas isso não significa que sejam seguros. Um aroma considerado seguro para comer pode ser prejudicial quando inalado. Estas substâncias não são neutras e já mostraram causar danos às células das vias respiratórias em testes laboratoriais.

Ferkol, T. W., ~~Farber, H. J., La Grutta, S., Leone, F. T., Marshall, H., Neptune, E., ... & the Forum of International Respiratory Societies.~~ (2018). Electronic cigarette use in youth: a position statement of the Forum of International Respiratory Societies. *European Respiratory Journal*, 51(5), 1800278. <https://doi.org/10.1183/13993003.00278-2018>

Fumar é o principal fator de risco evitável para a saúde e a maior causa de morte precoce na União Europeia, provocando cerca de 700 mil mortes por ano. Metade dos fumadores acaba por morrer antes do tempo, e o tabagismo reduz, em média, 14 anos à esperança de vida.

Comissão Europeia. (s.d.). Apresentação: Tabaco (Visão geral). Recuperado de https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_pt

Apêndice VII - Saúde Escolar para alunos do 10º Ano sobre Respiração Diafragmática





Compreender o Stress e a Ansiedade

O Que São?

O stress e a ansiedade são respostas naturais do corpo a situações desafiantes. São reações normais que todos experimentamos.

A ansiedade ativa o nosso sistema de alerta, preparando-nos para reagir. Não há nada de errado em sentir ansiedade, ela faz parte da experiência humana.

Normalização Importante

Sentir nervosismo antes de um teste, preocupação com o futuro ou tensão em situações sociais é completamente normal.

O segredo está em aprender a gerir estas sensações, não em tentar eliminá-las completamente.

Como o Corpo Manifesta a Ansiedade



Respiração Acelerada

O ritmo respiratório aumenta, tornando-se mais rápido e superficial, concentrado no peito em vez do abdômen.



Tensão Muscular

Os músculos contraem-se involuntariamente, especialmente nos ombros, pescoço, mandíbula e mãos.



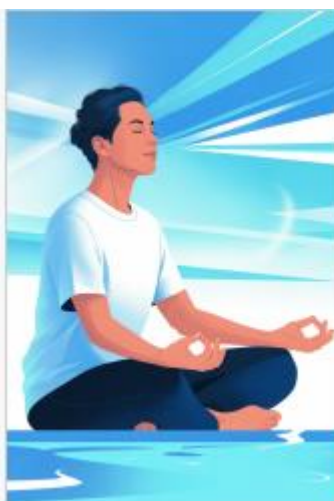
Mãos Suadas

A transpiração aumenta, particularmente nas palmas das mãos, como parte da resposta do sistema nervoso.



Desconforto Digestivo

Sensação de "borboletas no estômago" ou aperto abdominal são sinais comuns de nervosismo.



A Respiração Diafragmática Profunda

A respiração diafragmática é uma ferramenta poderosa para acalmar o sistema nervoso. Ao respirar de forma lenta e controlada, enviamos sinais ao cérebro de que estamos seguros.



Inspiração Profunda

Expendir o abdômen enquanto o ar entra pelos pulmões, contando até 4 segundos.



Pausa Suave

Retêr o ar brevemente, durante 2 a 3 segundos.



Expiração Completa

Evacuar totalmente os pulmões, contando até 6 segundos.

Prática sugerida: 15 minutos de treino guiado com atenção plena.

Técnica de Jacobson: Relaxamento Muscular Progressivo

Desenvolvida pelo médico Edmund Jacobson, esta técnica baseia-se num princípio simples mas eficaz: contrair deliberadamente os músculos para depois os relaxar completamente.

Como Funciona?

Ao criar tensão intencional seguida de relaxamento, aprendemos a reconhecer a diferença entre músculos tensos e relaxados. Esta consciência permite-nos libertar a tensão acumulada sempre que necessário.

O método trabalha grupos musculares específicos, desde os pés até à cabeça, promovendo um estado profundo de calma física e mental.



Sequência do Relaxamento Progressivo

01

Mãos e Antebraços

Apertar os punhos com força durante 5 segundos, depois libertar completamente

02

Braços e Ombros

Elevar os ombros em direção às orelhas, manter a tensão e soltar

03

Rosto e Pescoço

Fransir a testa, apertar os olhos e a mandíbula, depois relaxar tudo

04

Peito e Abdômen

Inspirar profundamente enquanto contrai os músculos abdominais

05

Pernas e Pés

Esticar as pernas, apontar os dedos dos pés e depois libertar a tensão

Tempo de prática: 15 minutos com orientação passo a passo

Levar as Técnicas para o Dia-a-Dia

Quando Usar?

- Antes de testes ou apresentações importantes
- Durante intervalos entre aulas para recarregar energias
- Em momentos de conflito ou tensão social
- Ao deitar, para facilitar um sono reparador
- Sempre que sentires o corpo tenso ou a mente agitada

Lembra-te: A prática regular destas técnicas aumenta a sua eficácia. Quanto mais praticares, mais fácil será acalmar o corpo e a mente quando realmente precisares. Estas ferramentas são tuas para sempre, usa-as sempre que necessário!



Sugestões de redes sociais



Psicojessicarodriguez
<https://www.instagram.com/psicojessicarodriguez/>



Exercício: Relaxamento Muscular Progressivo
<https://www.youtube.com/watch?v=H0Tatp6jN4>



Jéssica Rodrigues Psicóloga
<https://www.psicologajessica.com/>



Relax: Como Vencer as Tensões - Edmund Jacobson



Moeda:
 Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
 Avenida 5 de Outubro, nº177, 1º andar
 5100-065 Lamego

Telefone:
 254 600 064 / 065 766 300

Endereço eletrónico:
uoclamago@uicm.mn-saude.pt

Horário de Funcionamento:
 De 2ª a 6ª: 08:00 às 20:00
 Sábado: 08:00 às 17:00
 Domingo e Feriados: 08:00 às 13:00

Facebook:
https://www.facebook.com/uoclamago7localmpt_PT

Instagram:
<https://www.instagram.com/uoclamago24/>



UCC Lamego
 Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
 Avenida 5 de Outubro, nº177, 1º andar
 5100-065 Lamego



"UCC Lamego faz-te Saúde,
 Transforma Comunidades,
 Cuida bem o teu!"

Aprender a Acalmar o Corpo para Acalmar a Mente - ENPª Sandra Rodrigues – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Apêndice VIII- Saúde Escolar para alunos do 11º Ano sobre Respiração Diafrágica


UCC Lamego
 Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
 TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

“Aprender a Acalmar o Corpo para Acalmar a Mente”

Sandra Rodrigues – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

PROCESSO:
 Apresentação PPT 4º E – 5º E – 6º E

UCC Lamego
 Versão 1.0

O Que Vamos Descobrir Hoje

 Compreender a Ansiedade Identificar como o corpo responde ao stress e à tensão no dia-a-dia	 Respiração Consciente Dominar a técnica diafrágica para reduzir a tensão física e mental	 Relaxamento Muscular Praticar o método progressivo de Jacobson para libertar a tensão acumulada
--	---	--

Duração total: 60 minutos de prática e descoberta



Compreender o Stress e a Ansiedade

O Que São?

O stress e a ansiedade são respostas naturais do corpo a situações desafiantes. São reações normais que todos experimentamos.

A ansiedade ativa o nosso sistema de alerta, preparando-nos para reagir. Não há nada de errado em sentir ansiedade, ela faz parte da experiência humana.

Normalização Importante

Sentir nervosismo antes de um teste, preocupação com o futuro ou tensão em situações sociais é completamente normal.

O segredo está em **aprender a gerir estas sensações**, não em tentar eliminá-las completamente.

Como o Corpo Manifesta a Ansiedade



Respiração Acelerada

O ritmo respiratório aumenta, tornando-se mais rápido e superficial, concentrado no peito em vez do abdómen.



Mãos Suadas

A transpiração aumenta, particularmente nas palmas das mãos, como parte da resposta do sistema nervoso.



Tensão Muscular

Os músculos contraem-se involuntariamente, especialmente nos ombros, pescoço, mandíbula e mãos.



Desconforto Digestivo

Sensação de "borboletas no estômago" ou aperto abdominal são sinais comuns de nervosismo.

Se alguém próximo de ti estivesse numa situação destas. O que lhe dirias?

Escribe num papel uma frase que dirias a alguém próximo numa situação destas.

???





A Respiração Diafragmática Profunda

A respiração diafragmática é uma ferramenta poderosa para acalmar o sistema nervoso. Ao respirar de forma lenta e controlada, enviamos sinais ao cérebro de que estamos seguros.

- Inspiração Profunda**
Expandir o abdômen enquanto o ar entra pelos pulmões, contando até 4 segundos
- Pausa Suave**
Retêr o ar brevemente, durante 2 a 3 segundos
- Expiração Completa**
Esvaziar totalmente os pulmões, contando até 6 segundos

Prática sugerida: 15 minutos de treino guiado com atenção plena

Técnica de Jacobson: Relaxamento Muscular Progressivo

Desenvolvida pelo médico Edmund Jacobson, esta técnica baseia-se num princípio simples mas eficaz: contrair deliberadamente os músculos para depois os relaxar completamente.

Como Funciona?

Ao criar tensão intencional seguida de relaxamento, aprendemos a reconhecer a diferença entre músculos tensos e relaxados. Esta consciência permite-nos libertar a tensão acumulada sempre que necessário.

O método trabalha grupos musculares específicos, desde os pés até à cabeça, promovendo um **estado profundo de calma física e mental.**



Sequência do Relaxamento Progressivo

01

Mãos e Antebraços

Apertar os punhos com força durante 5 segundos, depois libertar completamente

02

Braços e Ombros

Elevar os ombros em direção às orelhas, manter a tensão e soltar

03

Rosto e Pescoço

Franzir a testa, apertar os olhos e a mandíbula, depois relaxar tudo

04

Peito e Abdômen

Inspirar profundamente enquanto contrai os músculos abdominais

05

Pernas e Pés

Esticar as pernas, apontar os dedos dos pés e depois libertar a tensão

Tempo de prática: 15 minutos com orientação passo a passo

Levar as Técnicas para o Dia-a-dia

Quando Usar?

- Antes de testes ou apresentações importantes
- Durante intervalos entre aulas para recarregar energias
- Em momentos de conflito ou tensão social
- Ao deitar, para facilitar um sono reparador
- Sempre que sentires o corpo tenso ou a mente agitada



Lembra-te: A prática regular destas técnicas aumenta a sua eficácia. Quanto mais praticares, mais fácil será acalmar o corpo e a mente quando realmente precisares.

Estas ferramentas são tuas para sempre, usa-as sempre que necessário!



O Que é o Mindfulness?

Mindfulness, ou atenção plena, é a capacidade de prestar atenção ao momento presente de forma intencional e sem julgamento. Não se trata de esvaziar a mente, mas sim de observar os teus pensamentos, emoções e sensações com curiosidade e aceitação.

Nos estudos

Melhora a concentração durante o estudo e ajuda-te a absorver melhor a informação

Nos testes

Reduz a ansiedade e permite-te aceder ao que estudaste com mais clareza

No dia-a-dia

Aumenta o bem-estar geral e ajuda-te a responder melhor aos desafios

Prática de Mindfulness: Preparação

01

Encontra uma posição confortável

Senta-te com as costas direitas mas relaxadas, pés apoiados no chão, mãos pousadas suavemente nas pernas

02

Fecha os olhos suavemente

Ou mantém o olhar baixo e descontraido, focado num ponto à tua frente

03

Começa a observar

Traz a tua atenção para a respiração natural, sem tentar alterá-la



Exercício Guiado: Atenção à Respiração

"Sempre que a mente vagueia, gentilmente traz a atenção de volta à respiração. Não há problema em distrair-te, isso é completamente normal."

Durante os próximos minutos:

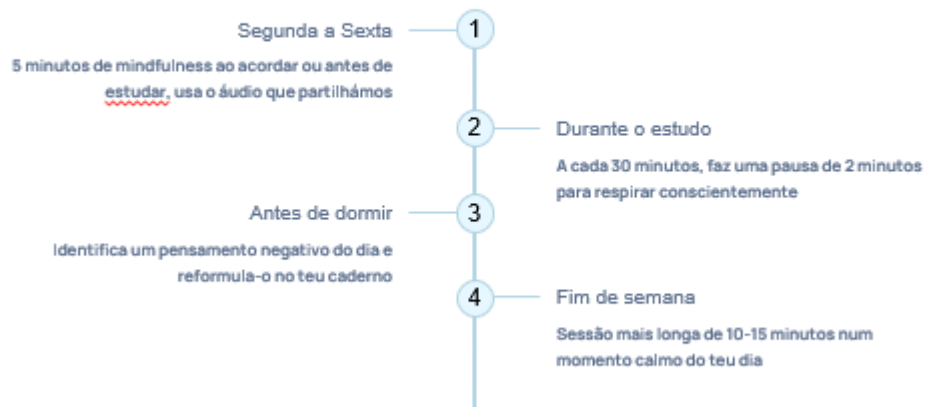
- Observa o ar a entrar e a sair pelas narinas
- Sente o peito e o abdómen a expandirem e contraírem
- Nota a temperatura do ar: mais fresco ao entrar, mais quente ao sair
- Quando a mente divagar, reconhece-o sem crítica e volta ao foco
- Expande a atenção às sensações do corpo: pés no chão, peso na cadeira, sons à tua volta

Sempre que te apanhares num pensamento negativo, pergunta-te:
"O que diria a um amigo nesta situação?"



Geralmente somos muito mais compassivos com os outros do que connosco.

Praticar em Casa: O Teu Plano Semanal



Leva Contigo

A respiração é a tua âncora.

Sempre disponível, sempre presente, sempre eficaz para te trazer de volta ao agora.

Os pensamentos são apenas pensamentos.

Não são factos. Podes observá-los, questioná-los e escolher uma perspetiva diferente.

A prática transforma.

Quanto mais praticares, mais natural se tornará gerir a tua mente e emoções.



Lembra-te: desenvolver mindfulness é como treinar um músculo. Começa devagar, sê paciente contigo mesmo, e celebra cada pequeno progresso. Tu és capaz.

Sugestões de redes sociais



[mindfulness_portugal](https://www.instagram.com/mindfulness_portugal/)

https://www.instagram.com/mindfulness_portugal/



Mindfulness em Português - Prática de 10 min

<https://www.youtube.com/watch?v=lrzQ4LyPVvc>



Mindfulness Portugal

<https://mindfulnessportugal.pt/>



A Arte do Mindfulness: Diário Criativo para Trazer Calma aos Seus Dias



Morada:
 Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
 Avenida 5 de Outubro, nº177, 1º andar
 5100-085 Lamego

Telefone:
 254 800 064 / 965 766 389

Endereço eletrónico:
 uoclamego@unimad.mn-saude.pt

Horário de Funcionamento:
 De 2ª a 6ª: 08:00 às 20:00
 Sábados: 09:00 às 17:00
 Domingos e Feriados: 09:00 às 13:00

Facebook:
https://www.facebook.com/uoc.lamego/?locale=pt_PT

Instagram:
https://www.instagram.com/uocda_mego24/

UCC Lamego
 Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego
 AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 177
 5100-085 LAMEGO

*"UCC Lamego: Segue a Saúde,
 Transforma Comunidades,
 Colhe Bem-estar"*




Aprender a Acalmar o Corpo para Acalmar a Mente - ENFª Sandra Rodrigues – Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Apêndice XI- Diagnóstico de Situação em relação às Alergias Alimentares

Introdução

No Planeamento em Saúde, uma das competências que devo desenvolver e a realizar de um diagnóstico de situação, atendendo à magnitude cada vez mais presente na população. Este Diagnóstico de Situação é relativo às alergias alimentares, nomeadamente da população em idade pré-escolar, no sentido de elaborar o projeto de intervenção, nesta população (educadores, encarregados de educação, etc.) no sentido de arranjar estratégias de capacitação e acompanhamento desta população melhorando a sua qualidade de vida perçecionada, diminuindo crises, riscos e consequências.

A alergia alimentar é uma reação adversa que ocorre quando o sistema imunitário reage a um alimento erradamente, como se fosse um agressor ao organismo. A substância presente no alimento que causa a reação alérgica denomina-se alérgeno. (Gaspar, ~~Lozano~~, Carrapatoso, Prates, Piedade, Reis-Ferreira, & Associação Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica. 2024)

A alergia alimentar é uma doença frequente, estima-se que atinja atualmente até 10% das crianças e 5% dos adultos no mundo, as taxas de prevalência diminuem quando aumentam a exigência do diagnóstico, incluindo testes cutâneos por picada, avaliação analítica (determinação de ~~lo~~ específicas séricas) e provas orais com alimentos. Na generalidade, nas últimas décadas, a alergia alimentar tem assumido uma prevalência e gravidade crescentes, particularmente em idade pediátrica, sendo os principais alimentos envolvidos na alergia alimentar na criança são o leite de vaca, o ovo, os frutos secos, o amendoim e os frutos frescos. Contudo o alérgeno associado pode variar consoante a região geográfica e os hábitos alimentares da população estudada. (Gaspar, ~~Lozano~~, Carrapatoso, Prates, Piedade, Reis-Ferreira, & Associação Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica. 2024)

Quanto à realidade portuguesa, existem poucos estudos sobre prevalência e caracterização da alergia alimentar na população geral, com uma prevalência de 7% de alergias auto reportadas em crianças com idades compreendidas entre 3 e 11 anos, e de 11% em adolescentes, e uma alergia alimentar provável (incluindo estudo alergológico mais aprofundado) de 1,4% em ambos os grupos etários. Em Portugal, tal como em outros países, a alergia alimentar é a primeira causa de anafilaxia em idade pediátrica, pois a anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistémica grave, potencialmente fatal, resultante da ativação e desgranulação de mastócitos e basófilos, com consequente libertação explosiva de mediadores, após contacto

com o alimento a que o doente é alérgico. (Gaspar, ~~Lozano~~, Carrapatoso, Prates, Piedade, Reis-Ferreira, & Associação Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica. 2024)

A alergia alimentar é ainda o motivo mais frequente de recorrência de anafilaxia em idade pediátrica. Os principais alimentos, associados à anafilaxia em Portugal, são o leite (32%), os frutos secos (16%, com destaque para caju e noz), o milho (13%; com destaque para camarão), o ovo (12%), os frutos frescos (11%, com destaque para kiwi e pêssago), o peixe (8%) e o amendoim (8%). (Gaspar, ~~Lozano~~, Carrapatoso, Prates, Piedade, Reis-Ferreira, & Associação Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica. 2024)

O diagnóstico de situação, enquanto fase inicial da metodologia de projeto, tem como propósito estabelecer um mapa cognitivo da realidade a ser intervencionada. Trata-se de um modelo descritivo e fundamentado da problemática, essencial para orientar a intervenção. Na área da saúde, esta etapa implica uma análise exaustiva das necessidades da população para definir estratégias e ações eficazes e sustentáveis. A otimização de recursos e o esforço colaborativo que decorrem deste diagnóstico promovem o trabalho em equipa, a capacitação e a autonomia comunitária (Ruivo et al., 2010).

As Unidades de Saúde Pública são responsáveis pelo planeamento, coordenação, monitorização e avaliação das atividades de saúde pública no âmbito dos respetivos sistemas locais de saúde. Assegura a vigilância epidemiológica contínua dos fenómenos relacionados com a saúde e a doença, monitoriza as tendências, deteta precocemente alterações relevantes e apoia a definição de estratégias de intervenção em saúde pública. Desenvolve e promove estudos epidemiológicos que permitam aprofundar o conhecimento sobre os determinantes da saúde e da doença na comunidade, bem como participar ativamente ou colaborar em programas de investigação científica na área da saúde pública. (Portugal. Lei 286/99, 1999)

A nível local, a organização dos serviços assume uma configuração flexível, orientada para a otimização e rentabilidade dos recursos disponíveis. Esta estrutura tem como base a análise contextual da realidade ~~comunitária~~ e das necessidades específicas de saúde das populações, de forma a que exista uma articulação horizontal estreita com os prestadores de cuidados de saúde e demais instituições relevantes. Esta proximidade territorial visa garantir intervenções mais eficazes, equitativas e ajustadas às dinâmicas locais. (Portugal. Lei 286/99, 1999)

Durante este estágio, um dos objetivos centrais foi a condução de um Diagnóstico de Situação Epidemiológico focado em 'Alergias Alimentares', abrangendo a área geográfica da USP Dourado

Norte e Marão. Esta iniciativa visou alcançar os seguintes objetivos específicos: caracterizar detalhadamente o território de intervenção e a população-alvo, compilar e analisar indicadores epidemiológicos relevantes, identificar as principais necessidades e problemas de saúde associados às alergias alimentares, e elaborar diagnósticos de Enfermagem Comunitária que subsidiem futuras intervenções.

Metodologia

Este estudo é do tipo descritivo, com base nos diagnósticos de situação em Saúde Pública, focado nas alergias alimentares no contexto do ensino pré-escolar. Para a realização do mesmo, recorro a uma abordagem quantitativa, com o propósito de caracterizar a presença e a relevância das alergias alimentares na área de abrangência da Unidade de Saúde Pública do Marão e Douro Norte.

Para a introdução e contextualização da temática abordada foram utilizadas bases de dados científicas como o ~~PubMed~~ ^{Pub Med} Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu, com os descritores "~~Food Allergies~~" ^{Food Allergies}, "Alergias Alimentares". Para a elaboração do diagnóstico de situação foram utilizados dados institucionais disponíveis no Plano Local de Saúde e na plataforma SIARS (Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde).

Como critérios de Inclusão dos Dados assumi apenas crianças em idade pré-escolar (4 aos 6 anos) integradas em instituições da área de abrangência da USP e casos sinalizados de alergias alimentares com documentação do episódio.

Caracterização do Território de Intervenção

A Unidade de Saúde Pública (USP) Douro Norte, localizada na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, no norte interior de Portugal, que abrange os concelhos de Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real. Desde janeiro de 2024, que a ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, integra A USP Douro Norte, USP Douro Sul e USP Ato Tâmega e Barroso. Neste momento o trabalho, ainda se mantém setorizado por áreas geográficas, mas já é cooperativa e em estreita colaboração. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Assim, a caracterização neste diagnóstico de situação vai privilegiar a área geográfica da USP Douro Norte, uma vez que a ação está a ser trabalhada para a população Pré-escolar dessa área geográfica. Os Censos são a base do Plano Local de Saúde, uma vez que são os dados oficiais, procurando sempre que seja possível e/ou necessário documentar o diagnóstico com dados das plataformas oficiais, mas atualizados. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

De acordo com os Censos 2021, residem na área geográfica da USP Marão e Douro Norte 95.132 pessoas, das quais 45.050 do sexo masculino (47,3%) e 50.082 do sexo feminino (52,7 %). No último decénio tem-se observado uma tendência decrescente da população residente, um decréscimo de 9.893 (-9,4 %) residentes, no período 2011-2021. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Na Figura 7, observa-se uma predominância da população entre os 15-64 anos, que representa 63,5% do total. A população idosa (≥ 65 anos) é significativa (27%), uma realidade de envelhecimento demográfico. Há mais mulheres em todos os grupos à exceção no grupo 0-14 anos, onde a diferença entre sexos é muito pequena. O grupo etário mais reduzido é o das crianças (0-14 anos), representa apenas 4,6% da população total. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Grupo etário (anos)	Estimativas da população residente			Porcentagem por grupo etário		
	Total	Feminino (% Total)	Masculino (% Total)	Total	Feminino	Masculino
Total	95.132	50.082 (52,6%)	45.050 (47,4%)			
0 - 14	4.344	2.144 (49,3%)	2.199 (50,7%)	4,6 %	4,3 %	4,8 %
15 - 64	60.445	30.382 (50,3%)	30.063 (49,7%)	63,5 %	60,7 %	66,7 %
≥65	25.783	14.577 (56,6%)	11.126 (43,4%)	27,0 %	29,1 %	24,7 %

Figura 2. População residente na USP Marão e Douro Norte, distribuição por sexo e grupo etário, 202

No que respeita à distribuição das estimativas da população residente em Portugal por **Municípios** para 2021 o concelho de Vila Real foi a região com o maior número de residentes (49 600, correspondente a 52,3% da população residente), seguida pelo concelho de peso da Régua com 14 474 (15,3%) e Alijó com 10 425 residentes (11,0%). O concelho com menos população é o concelho de Mesão Frio com 3536 residentes (3,7%) (Figura 8). (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)



Figura 3. Distribuição da População Residente por Concelhos, 2021

A estrutura organizativa da USP insere-se no modelo funcional da ULS, que integram numa mesma entidade os cuidados prestados pelos centros de saúde e pelos hospitais. A USP, em particular, assume um papel central na vigilância epidemiológica, planeamento em saúde, promoção da saúde e prevenção da doença e Saúde Ambiental, articulando-se com os restantes serviços e com a comunidade. (Portugal, Governo da República Portuguesa, 2023).

Tal como descritivo anteriormente, a USP organiza-se em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde, Planeamento em Saúde e Epidemiologia, esta unidade contempla um Centro de Diagnósticos Pneumológicos (CDP), nomeadamente de CDP de Vila Real, é o observatório de saúde privilegiando e assume a responsabilidade da Saúde. Constituído por seis médicos de Saúde Pública (uma médica apenas na CDP), quatro internos da especialidade de Saúde Pública, quatro enfermeiras (uma enfermeira nomeada para o CDP), cinco técnicos de Saúde Ambiental, uma engenheira do Ambiente, seis assistentes técnicos (dois deles na UC DP) e uma técnica de radiologia localizada na CDP. A Unidade de Saúde Pública assume a gestão de programas de intervenção no âmbito global da comunidade em que está inserido nomeadamente na promoção, proteção da saúde, prevenção da doença. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Relativamente à vigilância da doença, realiza vigilância epidemiológica através da monitorização do estado de saúde da população, acompanhamento, a ocorrência e propagação

das doenças transmissíveis e não transmissíveis incluindo sistemas de alerta e resposta a emergências de saúde pública, como foi o caso da COVID-19. Desenvolve estudos epidemiológicos e pratica em programas de investigação para identificar necessidades de saúde e avaliar o impacto das intervenções, como é o caso da obesidade infantil, programa a decorrer, e as Alergias alimentares, que se inicia com o presente diagnóstico de situação. Realiza, monitoriza e avalia com as UCCs a promoção da saúde e prevenção da doença através de educação para a saúde, de forma a trabalhar a literacia e a capacitação da população. Fez a gestão de programas de intervenção populacional e comunitária (vacinação, Saúde Oral e Saúde Escolar). A Promoção de ambientes saudáveis e sustentáveis, incluindo a vigilância da qualidade da água, ar, solo, higiene e estabelecimentos de restauração e bebidas, luta contra vetores de doenças bem como a proteção da Saúde no ambiente de trabalho. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Para além dessas atividades, a Saúde Pública, tem ainda a ventente de Autoridade de Saúde a nível local, fazendo cumprir as normas de preservação da saúde da população Lei do Ruído, atestados multissos e outros atestados, saúde Internacional, no sentido de proteger deslocações e situações de emergência, coordenação e articulação com outros serviços de saúde (para partilha e troca de informação sanitária Nacional e Internacional) e cooperação Interinstitucional. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

A área de Promoção da Saúde assume a função de criar ambientes mais saudáveis e prevenir a doença, especialmente em contextos como a Saúde Escolar e Vacinação. No âmbito da saúde escolar, diversos programas têm vindo a ser implementados tais como:

- O Projeto “SOBE” (Saúde Oral, Bibliotecas Escolares), que pertence ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: tem como objetivo garantir experiências significativas de desenvolvimento de literacia em saúde em todos os estabelecimentos educativos com o apoio das bibliotecas escolares associa a literacia à promoção da saúde oral (Portugal, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral & Ministério da Educação. Plano Nacional de Leitura, s. d.);
- Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte: O PRESSE apoia a implementação da educação sexual nas escolas de uma forma estruturada e sustentada, envolvendo um trabalho conjunto entre profissionais de saúde escolar e professores, com finalidade de contribuir para a diminuição de comportamentos de risco e para o aumento dos fatores

de proteção em relação à sexualidade, bem como cooperar na inclusão de um programa de educação sexual estruturado e sustentado nas Escolas (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde do Norte, 2016);

- Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), da Administração Regional de Saúde do Norte: O PASSE possibilita a promoção de comportamentos saudáveis e a criação de ambientes promotores da saúde, capacitando em alimentação saudável toda a comunidade escolar. O aumento do nível de literacia em saúde e as decisões responsáveis resultam de um conjunto de estratégias integradas da saúde e da educação, nas quais se insere o PASSE (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde do Norte, 2024);
- Projeto “Mais Contigo”, integrado no Programa Nacional para a Saúde Mental: O projeto Mais Contigo, que trabalha aspetos como o estigma em saúde mental, o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas, devidamente enquadrados na fase da adolescência (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, s. d.);
- Projeto “Respira por Ti”, que foi construído nesta USP, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar e do programa prioritário Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e: visa a prevenção do consumo de tabaco entre adolescentes, de forma a sensibilizar para os riscos associados ao tabagismo e promover escolhas conscientes.
- Projeto “Diabetes em Movimento”, com base no programa prioritário Programa Nacional para a Diabetes e o Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física: é uma iniciativa de reabilitação comunitária destinada a pessoas com diabetes tipo 2, que promove a atividade física supervisionada como ferramenta terapêutica complementar, com o intuito de contribuir para o controlo da doença e melhoria da qualidade de vida. (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes, 2011)

A adesão ao Plano Nacional de Vacinação é fundamental para garantir uma elevada percentagem de vacinação, contribuindo para a imunidade de grupo e proteção das populações mais vulneráveis. Portanto a USP desempenha um papel crucial na sensibilização e adesão ao Programa.

No âmbito da Epidemiologia, cabe detetar precocemente surtos, monitorizar tendências epidemiológicas, implementar medidas ou intervenções, e avaliar o impacto das intervenções

em saúde pública. Nas Doenças de Notificação Obrigatória, inclusive responsabiliza-se pelo encaminhamento, vigilância e implementação de medidas das mesmas.

As principais áreas de intervenção da Saúde Ambiental da USP são na área da qualidade da água, com acompanhamento e monitorização de sistemas de abastecimento de água, vigilância de estabelecimentos e atuação no caso de queixas de insalubridade. Um dos programas relacionados com a qualidade da água é Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da ~~Lezíria~~ (PIOPAL), que assegura a realização da vigilância laboratorial da qualidade da água, para pesquisa e identificação da ~~Lezíria~~, em todas as unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2018)

Tem ainda associado a Rede Nacional de Vigilância de Vetores (REVIVE), para dar resposta às necessidades regionais e aumentar o conhecimento sobre as espécies de vetores presentes. Identificar a sua distribuição e abundância, verificar o impacto das alterações climáticas e para detetar espécies invasoras em tempo útil. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2024)

Cabe à Saúde Ambiental, realizar um Plano Local para a Resposta Sazonal que deve ser centrado nas pessoas e nas populações vulneráveis, maximizando a sua proteção, e deve promover uma abordagem compreensiva do sistema de saúde, garantindo uma resposta adequada, atempada, integrada e resiliente. O Plano deve ainda assegurar a articulação com outros setores da sociedade e áreas governativas e garantir uma abordagem coordenada e em rede do setor da saúde, tendo em vista a prevenção, preparação e resposta aos riscos e eventos associados à sazonalidade do inverno e do verão.

A USP coordena ainda o planeamento estratégico em saúde, sendo responsável pela elaboração do Plano Local de Saúde, que orienta as prioridades e estratégias de intervenção para a década 2021-2030, alinhado com o Plano Nacional de Saúde. Com o PLS, a USP pretende apresentar um retrato “amplo” da saúde da população, não nos cingindo aos aspetos clínicos, os determinantes sociais exercem uma influência indelével sobre o estado de saúde da população. (Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro, 2024)

Defende e apresenta informações sobre a equidade por região geográfica e grupos populacionais, isso inclui análises aprofundadas de quaisquer diferenças que possam estar presentes na sua área geográfica e que possam influenciar a prestação de cuidados de saúde. O

documento abrange uma variedade de tópicos, todos necessários para examinar tanto a prestação de cuidados de saúde quanto o estado de saúde da população. A equipa de Planeamento e todos os seus parceiros externos, no PLS pretendem:

- Identificar as questões mais importantes a serem respondidas ao avaliar se o sistema de prestação de cuidados de saúde está a melhorar ao longo do tempo;
- Identificar os principais aspetos da qualidade que devem ser refletidos na prestação de cuidados;
- Fornecer evidência sobre a saúde da população através critérios relacionados com a longevidade, etc. com recurso à sua magnitude, vulnerabilidade, transcendência social e económica.
- Fornecer medidas específicas que podem ser incluídas nos Planos de ação e/ou dos ~~estabelecimentos~~ e que contribuam para a melhoria da saúde da população;
- Fornecer aconselhamento sobre o formato e produção de relatório avaliado anualmente.

As áreas de intervenção contribuem para responder eficazmente a riscos emergentes e através da implementação de programas e projetos estratégicos, esta unidade assegura a articulação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e comunidade.

Caracterização da População-Alvo

A População analisada são crianças no pré-escolar (4-6anos) da USP Marão e Douro Norte, existente nos últimos dados obtidos no SIARS, referente em dezembro de 2024 e inscritos no Ensino Pré-escolar em 2021, disponível no PLS de Marão e Douro Norte 2021-2030 (Tabela 7).

Concelho	4 anos, dezembro de 2024		5 anos, dezembro de 2024		6 anos, dezembro de 2024		Total	Inscritos no Ensino Pré-escolar, em 2021
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
Alijó	26	30	23	27	29	22	157	183
Mesão Frio	15	18	10	9	13	16	81	70
Murça	19	16	13	18	22	15	103	76
Régua	39	33	39	32	32	41	216	319
Sabrosa	10	16	17	24	16	24	107	87
Santa Marta de Penaguião	15	22	13	10	9	15	84	122
Vila Real	195	213	202	202	223	210	1245	1 174
Total	319	348	317	322	344	343	1903	2031

Tabela 7. Distribuição de crianças inscritas por Concelho e Sexo em dezembro de 2024 e inscritos no Ensino Pré-escolar, em 2021

Os dados demográficos apresentados na Tabela (Tabela7.) demonstram a distribuição populacional nos concelhos abrangidos pela USP Douro Norte e Marão. Vila Real destaca-se como o concelho com a maior proporção de indivíduos (62,4%) em todas as faixas etárias. A análise por sexo revela uma proporção equitativa na população total (49,2% feminino e 50,8% masculino), com a exceção notável do concelho de Sabrosa, que exibe uma prevalência de indivíduos do sexo masculino em todos os grupos etários. No que respeita à população pré-escolar, 57,8% das crianças estão inscritas em Vila Real, contrastando com as baixas

representatividades de Mesão Frio (3,99%) e Murça (4,1%). Estes achados são relevantes para o planeamento e alocação de recursos na área da saúde pública, especialmente ao considerar a concentração de população em Vila Real.

A USP Douro Norte e Marão abrange sete concelhos e integra onze Unidades de Saúde Familiares (USF) – Alijó, Mesão Frio, Murça, Régua, Douro, Bacelo, Santa Marta, Nuno Grande, Corgo, Fénix e Nova Mateus – e uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a UCSP Mateus, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Para complementar a resposta à comunidade, a área conta ainda com sete Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC): Alijó, Douro, Mateus, Murça, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real I. Adicionalmente, para a prestação de cuidados de saúde de maior complexidade, a região é servida pelo Hospital de Vila Real.

O aumento da esperança média de vida, aliado à diminuição das taxas de natalidade e fecundidade, tem contribuído para uma alteração significativa na estrutura etária da população, com uma crescente proporção de pessoas idosas. Este cenário demográfico exige uma profunda capacidade de resposta social, capaz de dar resposta às novas necessidades que emergem, sobretudo no que diz respeito à vulnerabilidade crescente de uma parte significativa desta faixa etária. Portanto, o Município de Vila Real, quer que as instituições locais, estejam à altura do desafio, face aos recursos que são disponibilizados, exemplos esses são as medidas como Cartão das Famílias Numerosas, Cartão do Idoso e os Apoios ao Arrendamento, ou o esforço de aumento da capacidade para receber utentes. Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real.

Num contexto, de grupos sociais vulneráveis e inclusão social, o município de Vila Real, visa responder aos principais desafios identificados, com enfoque nos grupos mais vulneráveis, em situação de pobreza e no combate à exclusão social, na promoção da igualdade e na luta contra a violência e a pobreza. Pretende-se definir medidas que melhorem as suas condições de vida e bem-estar, através de projetos estruturantes e inovadores. Dá-se especial atenção à criação de respostas adequadas nas áreas da saúde, nomeadamente nos cuidados continuados, paliativos, saúde mental e dependências. Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real.

Um dos obstáculos à competitividade e à produtividade são as baixas qualificações, afetando diretamente a empregabilidade. Por isso, têm sido adotadas políticas para melhorar este cenário, sobretudo entre os jovens, como forma de os fixar em Vila Real. O município ambiciona promover a empregabilidade ao atrair empresas, incentivar a responsabilidade social e investir na educação, no ensino profissional, na inclusão de grupos vulneráveis e no empreendedorismo.

Entre as medidas prioritárias está o combate ao abandono e insucesso escolar, através da valorização da educação formal e não formal. Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real

No Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real (2024-2029), a nível da resiliência territorial, é um grande desafio colmatar a dicotomia periferias-centro que existe, por isso têm defendido a mobilidade sustentável e os transportes públicos sendo essenciais para a coesão territorial e ambiental. Valorizam o acesso à habitação, que é uma das maiores preocupações sociais da atualidade, por isso têm a intervenção do Município com programas como o Fundo de Emergência Social e o Programa de Apoio ao Arrendamento. (Portugal, Município de Vila Real, 2024).

O Plano Municipal de Atividades Educativas (PMAE) do Município de Vila Real 2024/2025, estrutura-se em seis áreas de intervenção, com uma abordagem integrada e abrangente à educação e ao desenvolvimento comunitário. Na área da educação ambiental, o foco está na sensibilização para a preservação da biodiversidade e dos recursos naturais, através de exposições, oficinas, saídas de campo e projetos como o Festival Internacional de Imagem de Natureza (FIIN) e o Centro de Ciência de Vila Real. A cultura é promovida com atividades que incentivam a leitura, o conhecimento do património local e a expressão artística, envolvendo bibliotecas, museus e arquivos municipais. No desporto, o município aposta na promoção de estilos de vida saudáveis e na ocupação dos tempos livres com atividades como a Mostra do Desporto, aulas de natação e campos de férias (“Verão em Movimento”). A área da educação contempla em conjunto de iniciativas que vão desde o apoio à família e à alimentação saudável, à promoção da leitura, cidadania e inclusão, com destaque para programas como o “Livros para Todos” e o “Banco dos Afetos”. A juventude é envolvida através de programas que incentivam a participação cívica, o voluntariado, o empreendedorismo e a empregabilidade, como o “Empreendedor@Vila Jovem” e o “Orçamento Participativo Jovem”. Por fim, a proteção civil é trabalhada com ações de sensibilização e visitas aos quartéis, de forma, a promover segurança e prevenção junto da comunidade educativa. (Portugal, Município de Vila Real, 2024)

Indicadores de Saúde Pública

Uma reação alérgica pode ocorrer de diversas formas, nomeadamente desencadeada por substâncias presentes apenas durante certas estações, como pólen de árvores (alergia sazonal, incluindo febre do feno), pela toma medicamentosa (alergia medicamentosa), pela ingestão de certos alimentos (alergia alimentar), pela inalação de poeiras, ~~pólo~~, de animais, entre outros (alergia durante todo o ano), pelo toque de certas substâncias (como látex) e por picadas de insetos. Além dos de4mais mencionados, os fatores ambientais também aumentam o risco, isso inclui a exposição repetida, dieta e poluentes. (Fernández, 2024)

Para este diagnóstico de situação, foi utilizado o indicador ICPC- A92., com designação de Alergia/ Reação Alérgica, que se refere ao número de consultas realizadas com estema tema, contudo este indicador disponível não é específico para as alergias alimentares pois não há nenhum “código” somente para Alergia Alimentar.

Segundo os dados colhidos, representados na Tabela 3., há uma média de 2358 consultas de Alergias no ano de 2024 nesta USP, como espetável existe um maior número de consultas nas Unidades Funcionais dos concelhos com maior de população nomeadamente, nos concelhos de Vila Real (11056 consultas), Peso da Régua (7843 consultas), o que representa mais de metade destas consultas da área da abrangência (66,8 %).

Como se observa na Tabela 8., houve um aumento do número de consultas na época do verão (julho, agosto e setembro) nas USF Nova Mateus, UCSP Mateus e USF Nuno Grande, todas localizadas na cidade de Vila Real, zona urbana, sabendo que esta época está associada a uma diminuição significativa e sustentada do caudal hídrico, e também maior afluência da população aos recursos naturais (rios, barragens etc.), consequentemente a contaminação/poluição da água, do solo e do ar; agravam o risco de desencadear uma maior procura de cuidados de saúde por agudização de sintomatologia relacionada com alergias/problemas alimentares (gastro intestinais).

No inverno (janeiro, fevereiro, novembro e dezembro), com as diferenças técnicas significativas nesta região (temperaturas máximas, não raramente negativas), as alergias mais recorrentes poderão estar, nas a USF Corgo, a USF Bacelo, a USF Douro, a USF Murça e a USF Fénix, associadas ao aumento de problemas respiratórios nomeadamente as rinites alérgicas. Na Unidade de Alijó verifica-se um decréscimo sustentado da documentação do ICPC- A92 Alergias. Quando questionados os enfermeiros responsáveis pela intervenção na comunidade da área de atuação da UCC de Alijó, esta referiu um aumento de ações de formação

e sensibilização da comunidade em geral o que capacitou a população para sinais e sintomas de alergia autonomizando-os o que se reflete na diminuição de recursos agudizados aos serviços de saúde

Dos dados disponíveis no PLS, existem 48 escolas no pré-escolar na USP de Douro Norte, com cerca de 2031 inscritos nas escolas e, segundo a informação descrita anteriormente seria previsível serem cerca de 28 a 29 crianças identificas, nomeadamente uma prevalência equivalente a 1,4%, contudo foram notificados 24 casos de crianças com necessidades de saúde especiais nomeadamente as alergias alimentares nas ~~UCCs~~ da USP Douro Norte, o que corresponde a uma prevalência de 1,18%.

Num contexto familiar e social da criança com alergias alimentares, estas impactam significativamente na vida da criança e da sua família, nomeadamente através do absentismo escolar e/ou profissional dos pais em casos de agudização, mas também impactam nas relações sociais com os seus pares, nas brincadeiras de recreio, nas festas de aniversário, entre outras. As famílias têm que se adaptar quer nas suas relações sociais, pessoais e familiares para lidar com estas alergias.

Unidade Funcional	Nº Problemas/Mês												Total de consultas por unidade	Média de Ano de 2020
	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021	01/2022	02/2022		
USF Alijó	348	352	355	357	359	361	367	373	385	390	399	404	4450	371
USF Mesão Frio	93	92	92	93	92	94	93	93	92	94	94	94	116	93
USF Marça	74	78	77	78	78	79	78	80	82	87	93	95	970	82
USF Régua	331	334	339	342	342	341	339	341	347	350	349	351	4106	342
USF do Douro	316	312	309	308	307	308	309	310	311	313	317	317	3737	311
USF Bazele	135	135	133	128	129	131	130	133	136	139	142	144	1615	135
USF Santa Marta	104	104	106	105	105	101	102	101	103	103	104	102	1238	103
USF Nuno Grande	145	148	151	152	151	151	148	145	143	141	142	143	1760	147
USF Corgo	212	210	208	209	208	204	200	201	200	200	199	199	2450	204
USF Matos	102	102	102	103	104	102	101	100	97	99	95	93	1200	100
USF Fátima	138	138	139	136	137	141	144	148	145	147	146	152	1711	143
USF Nova Matos	331	332	330	336	332	331	327	324	324	325	322	321	1711	328
Total	2 329	2 337	2 341	2 347	2 342	2 344	2 338	2 349	2 365	2 388	2 402	2 415	28 297	2358

Tabela 8. Número de Consultas de Alergias/ Reações Alérgicas, por Unidade Funcional no ano de 2024

Identificação dos problemas e Necessidades em Saúde

Durante a recolha, de dados do principal problema sentido pelos enfermeiros das UCCs, da USP foi a subnotificação de alergias alimentares em idade pré-escolar, uma vez que a consideram crucial para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública eficazes. A subnotificação impede uma compreensão real da prevalência, impacta o planeamento de recursos e compromete a segurança e qualidade de vida das crianças afetadas. Fundamenta a necessidade deste diagnóstico, considerando o desfasamento entre os casos Auto relatados pelas famílias e as estatísticas nacionais e internacionais em 2024.

As alergias alimentares (AA) são um problema crescente, afetando uma percentagem significativa de crianças, podem manifestar-se com sintomas de gravidade crescente, desde reações cutâneas e gastrointestinais a anafilaxia, uma reação potencialmente fatal. A imaturidade imunológica do intestino em crianças, não está completamente desenvolvida até aos quatro anos, o que contribui para a maior prevalência de AA nesta faixa etária. O diagnóstico é fundamental, nesta idade porque é o primeiro contacto em cantinas escolares e pode implicar a evicção alimentar determinados alimentos, mas também tem um papel fundamental na prevenção, pois estas podem ser porta de entrada para outras doenças alérgicas. Considerando relevante a aplicação de um inquérito às escolas do pré-escolar desta área de abrangência sobre o número de crianças identificadas com alergias alimentares no início de cada ano letivo.

O processo de diagnóstico de alergia alimentar pode ser complexo, envolvendo uma boa história clínica, testes cutâneos, análises sanguíneas e, em alguns casos, prova de provocação oral alimentar. Barreiras como tempo de espera para consultas de especialidade (imun alergologia), falta de conhecimento sobre o percurso diagnóstico ou confusão com intolerâncias alimentares (que não são mediadas por mecanismos imunológicos) podem levar a que muitas situações não cheguem a ser formalmente diagnosticadas e, consequentemente, não sejam registadas nos sistemas de saúde.

Inclusive a dificuldade no apoio às famílias, sem um diagnóstico formal e registo, estas podem ter mais dificuldade em obter apoio médico, nutricional e social, bem como em informar creches e escolas sobre as necessidades específicas da criança.

A falta de dados precisos limita a capacidade de investigação sobre a epidemiologia, fatores de risco e evolução das alergias alimentares, ação fundamental em saúde pública através da

investigação, analisando os registos de alergias alimentares, as reações adversas a alimentos, bem como os diagnósticos de "suspeita de alergia" ou "reações alimentares" nas plataformas eletrónicas, como por exemplo o SCLínio. Portanto torna-se, importante avaliar a prevalência Auto relatada de alergias alimentares e a perceção sobre o diagnóstico e gestão, realizar entrevistas com profissionais de saúde, para obter a perspetiva de médicos, enfermeiros e outros profissionais sobre os desafios na identificação, diagnóstico e registo de alergias alimentares, avaliar o número de referências para consultas de imun alergologia ou nutrição devido a suspeita de alergia alimentar e mapear as boas práticas que podem ser replicadas e servir de barómetro facilitador de boas práticas.

Este diagnóstico de situação pretende permitir não só quantificar a dimensão real do problema, mas também desenvolver estratégias direcionadas para melhorar a identificação, o diagnóstico e o registo das alergias alimentares, garantindo uma melhor qualidade de vida e segurança para as crianças pré-escolares e das suas famílias.

A realização de uma análise SWOT constitui uma ferramenta estratégica utilizada em saúde pública para a identificação e organização dos fatores internos e externos que influenciam a resposta à problemática. No presente contexto das alergias alimentares na população pré-escolar abrangida pela Unidade de Saúde Pública (USP) Marão e Douro Norte, realizou-se uma análise que permite uma visão holística da situação, ao integrar as forças (recursos e capacidades institucionais), fraquezas (limitações estruturais ou funcionais), oportunidades (potencialidades externas a explorar) e ameaças (fatores externos que podem comprometer a intervenção). A utilização da análise SWOT justifica-se pela sua complexidade, que envolve múltiplos determinantes sociais, clínicos e organizacionais, exigindo uma abordagem integrada para a promoção da saúde e prevenção de riscos associados às alergias alimentares em idade pediátrica.

Forças (Strengths)

- Existência de programas de saúde escolar e literacia em saúde como o PASSE, SOBE e PRESSE são plataformas adequadas para integrar ações sobre alergias alimentares.
- Equipa multiprofissional composta por médicos de saúde pública, enfermeiros, técnicos ambientais, e engenheira ambiental, favorece intervenções integradas.
- Acesso a dados via PLS, SIARS e consultas codificadas (ICPC A92), ainda que limitados, permite mapeamento inicial.

- Realização de investigação num projeto piloto como este diagnóstico, cuja a iniciativa específica para alergias alimentares, são catalisadores de mudança e inovação.

Fraquezas (Weaknesses)

- Subnotificação das alergias alimentares que compromete o retrato real da prevalência.
- Limitação da possibilidade de vigilância epidemiológica efetiva por subnotificação.
- Diagnóstico clínico complexo e demorado com longas listas de espera e confusão com intolerâncias alimentares dificultam o diagnóstico formal.
- Insuficiente capacitação de educadores e cuidadores, pois nem todas as instituições de ensino pré-escolar estão devidamente preparadas para gerir situações de risco.

Oportunidades (Opportunities)

- A inserção das alergias alimentares nas rotinas da saúde escolar e dos planos de promoção da saúde é viável e estratégica.
- Aumento da sensibilização e da literacia da comunidade, pode reduzir riscos e melhorar a resposta às situações de emergência (ex.: anafilaxia).
- Desenvolvimento de indicadores próprios para notificação e gestão das alergias alimentares.
- Desenvolvimento de parcerias efetivas entre os diferentes parceiros nos processos de saúde/doença potenciam parcerias.

Ameaças (Threats)

- Ambiguidade diagnóstica e confusão com intolerâncias que pode gerar tratamentos ineficazes ou desnecessários.
- Mudanças sazonais e ambientais que agravam sintomas e podem intensificar quadros alérgicos, dificultando a gestão escolar.
- Escassez de recursos em concelhos como Mesão Frio e Murça têm menor capacidade de resposta imediata.

Diagnósticos para Enfermagem Comunitária

Com base no modelo dos Sete Eixos da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) e no foco "Alergia Alimentar", definido como uma resposta imunológica adversa ao contactar com alimento para os quais a pessoa é sensível, as intervenções de enfermagem contextualizadas à prática de saúde pública, nomeadamente nas crianças do pré-escolar e os seus pares, subdividem-se em: Foco: Alergia Alimentar; Juízo: Risco aumentado de resposta imunológica adversa em virtude do contacto acidental com alimentos sensibilizantes; Cliente: Criança em idade pré-escolar / Família / Comunidade escolar; Recursos: Material de aprendizagem, como protocolos escritos de atuação em caso de reação alérgica, materiais pedagógicos adaptados à idade e formação no uso de adrenalina (ex. caneta de epinefrina); Ação: Educar toda a comunidade escolar sobre sinais de anafilaxia e medidas imediatas a tomar, monitorizar crianças com histórico alérgico e estabelecer planos de cuidados individualizados em articulação com escolas e encarregados de educação; Tempo: Durante o ano letivo; Localização: Escolas do ensino pré-escolar, comunidade, com especial atenção a momentos de risco acrescido, como as refeições e atividades extracurriculares.

A ação, segundo esta taxonomia, confere a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem com uma abordagem preventiva, educativa e de vigilância contínua, com o objetivo de minimizar o risco de exposição e promover um ambiente seguro no contexto escolar. O primeiro objetivo deste plano consiste em reduzir o risco de exposição a alérgenos alimentares nas instituições do pré-escolar. Para tal, pretende-se que, no primeiro mês de cada ano letivo, seja desenvolvido e implementado um Plano de Cuidados Individualizado (PCI), acompanhado de um protocolo de emergência adequado à realidade de cada criança. O segundo objetivo visa aumentar o nível de literacia em saúde sobre alergias alimentares entre os pais, educadores, etc. Espera-se que, no período de dois meses, que os todos os profissionais do ambiente escolar, participem em ações formativas específicas. O terceiro objetivo foca-se na promoção de um ambiente escolar seguro e protetor para as crianças com alergias alimentares, sendo desejável que as medidas preventivas estejam integradas no funcionamento dos refeitórios escolares e que não ocorram eventos adversos relacionados com a ingestão acidental de alérgenos, sendo esta meta de caráter permanente.

Com base nos dados apresentados, é possível identificar diversos fatores contributivos e suas consequências diretas no que respeita à monitorização e gestão das alergias alimentares no sistema de saúde. A ausência de sistemas de registo robustos, uniformes em todas as unidades de saúde constitui um dos principais entraves à obtenção de dados e atualizados sobre a

prevalência real das alergias alimentares na população. Tal lacuna estrutural impede a identificação precisa da distribuição geográfica dos casos, dificulta a adoção de políticas de saúde pública adequadas às necessidades locais e contribui para uma representação distorcida da realidade, influenciando negativamente a capacidade de resposta do sistema de saúde.

Assim, com base na análise destes fatores, justifica-se o diagnóstico de enfermagem "Risco aumentado de resposta imunológica adversa relacionado com contacto acidental com alimentos alérgenos", particularmente em grupos vulneráveis como as crianças em idade pré-escolar. A subnotificação de casos, associada à inexistência de um sistema de registo uniforme, compromete a implementação de estratégias eficazes de prevenção e intervenção precoce. Toma-se, portanto, imprescindível reforçar os mecanismos de registo e notificação, garantindo uma monitorização epidemiológica mais precisa que possa sustentar decisões clínicas e políticas de saúde pública mais adequadas e equitativas.

Considerações Finais / Conclusão

O Diagnóstico de Situação, permitiu consolidar um conjunto de evidências sobre a situação das alergias alimentares na população pré-escolar da área de abrangência da USP Douro Norte. Constatou-se que, embora existam mecanismos institucionais para vigilância em saúde e plataformas, a sua aplicação prática revela fragilidades significativas. A subnotificação de casos, a ausência de um sistema de registo padronizado e a dependência de dados formais contribuem para a desvalorização estatística da real prevalência das alergias alimentares. Em contrapartida, a análise dos registos clínicos disponíveis, complementada com o testemunho dos profissionais de saúde, evidenciou não só a existência de um número expressivo de casos não reportados formalmente. A prevalência observada de 1,18% é inferior à esperada face aos valores de referência internacionais e nacionais, refletindo claramente os constrangimentos no registo e monitorização.

Entre as limitações do presente diagnóstico, destaca-se o acesso restrito a dados atualizados e específicos para alergias alimentares, uma vez que os sistemas de codificação existentes, como o ICPC-A92, não distinguem entre diferentes tipos de alergias. A escassez de instrumentos de registo uniformizados e a ausência de indicadores próprios dificultaram uma leitura abrangente e fiel da realidade. Para além disso, o tempo disponível para a realização deste diagnóstico e a limitação de recursos humanos e materiais condicionaram a profundidade da recolha de dados e o alargamento da amostra.

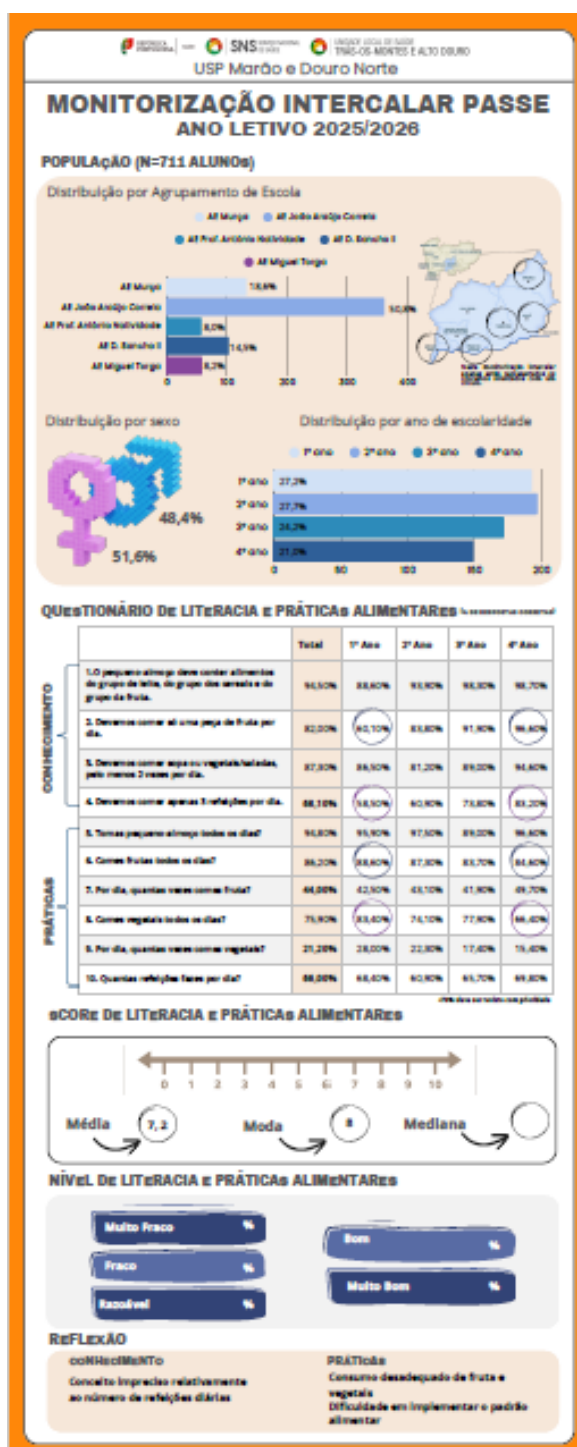
Apesar das limitações identificadas, este diagnóstico reforça a elevada relevância para a prática em saúde pública e enfermagem comunitária. O reconhecimento das alergias alimentares como uma condição com impacto direto na segurança e saúde infantil e na qualidade de vida das famílias, exige uma atuação coordenada entre os diversos setores, com destaque para a vigilância epidemiológica, educação para a saúde e gestão integrada do risco nas instituições escolares. A enfermagem comunitária, pelo seu posicionamento distinto na população, tem um papel determinante na identificação precoce, implementação de planos de cuidados individualizados, capacitação da comunidade e mediação entre as estruturas de saúde e educação. Neste sentido, recomenda-se o reforço dos sistemas de registo e notificação, o desenvolvimento de protocolos de atuação escolares e comunitários e a criação de estratégias formativas sistemáticas, com o objetivo de garantir um ambiente mais seguro e inclusivo para todas as crianças com necessidades específicas em saúde, nomeadamente alergias alimentares. Este diagnóstico constitui, assim, uma base essencial para futuras intervenções sustentadas e para a construção de políticas públicas mais eficazes e equitativas.

Referências Bibliográficas

- Gaspar, A., Loureiro, C., Carrapatoso, L., Prates, S., Piedade, S., Reis-Ferreira, & Associação Portuguesa Alergologia e Imunologia Clínica. (2024). *Capítulo I: Da epidemiologia ao tratamento da alergia alimentar – Normas de orientação em imunoterapia oral na alergia alimentar*. Revista Portuguesa de Imunoalergologia, 32(4), 187–194. <https://doi.org/10.32932/rpia.2024.12.148>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. e Nunes, L. (2010). Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. António Freitas, Vol. nº15.
- Portugal. Leiº 286/99. (1999, julho 27). Estabelece a organização dos serviços de saúde pública. Diário da República, I (173). pp. 4690 – 4695.
- Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro. (2024, outubro). *Plano Local de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de ideias para ações*.
- Portugal, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral & Ministério da Educação. Plano Nacional de Leitura. (s. d.). *SOBE - Missão, Visão, Valores e Objetivos*. Acessado maio, 2025 em <https://www.sobe.pt/sobe/missao-visao-valores-e-objetivos/>
- Portugal, Governo da República Portuguesa. (2023). *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*. Acessado maio, 2025 em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia/?nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde do Norte. (2016). *PRESSE*. Acessado maio, 2025 em <https://www.presse.com.pt/presse/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde do Norte. (s. d.). *PASSE*. Acessado maio, 2025 em <https://passe.com.pt/home>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (s. d.). *Institucional: Programa Nacional para a Saúde Mental*. Acessado maio, 2025 em <https://saudemental.min-saude.pt/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes. (2011). *Diabetes em Movimento*. Acessado maio, 2025 em <https://diabetesemmovimento.wordpress.com/>

- Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). Informação e Cultura Científica: Notícias: REVIVE: Rede de Vigilância de Vetores – Relatório 2023. Acedido maio, 2025 em <https://www.insa.min-saude.pt/revive-rede-de-vigilancia-de-vetores-relatorio-2023/>
- Portugal, Sistema Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2018). *Informação e Cultura Científica: Notícias: Instituto Ricardo Jorge promove reunião de avaliação de Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental da Legionella*. Acedido maio, 2025 em <https://www.insa.min-saude.pt/instituto-ricardo-jorge-promove-reuniao-de-avaliacao-de-programa-de-intervencao-operacional-de-prevencao-ambiental-da-legionella/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Acedido maio, 2025 em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sinave-2/>
- Portugal, Município de Vila Real. (2024). *Plano Municipal de Atividades Educativas: Ano letivo 2024/2025*.
- Portugal, Município de Vila Real. (2024). *Plano de Desenvolvimento Social de Vila Real | 2024 – 2029*.
- Santos Silva, M. M., Carvalho, I. L., Santos, A. S., Nuncio, M. S., Sousa, R., & Equipa REVIVE. (2017). Ixodídeos removidos de humanos e agentes infecciosos detetados no âmbito da Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE), 2011-2015. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Fernández, J. (2024). Visão geral dos distúrbios alérgicos e atópicos. Acedido maio, 2025 em <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/immunologia-dist%C3%BArbios-al%C3%A9rgicos/dist%C3%BArbios-al%C3%A9rgicos-autoimunes-e-outras-reas%C3%A7%C3%B5es-de-hipersensibilidade/vis%C3%A3o-geral-dos-dist%C3%BArbios-al%C3%A9rgicos-e-at%C3%B3picos>

Apêndice XII - Infograma em relação à análise de dados recolhida no PASSE, 2025/2026



Apêndice XII - Cheque Dia Mundial Sem Tabaco

UCC Lamego

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALEGRE
Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego



Anexos

Anexo I – Questionário do Cuidador Informal



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Departamento: Enfermagem

Investigadores Principais: Mara Gomes, Ana Almeida Ribeiro

Codificação
(A preencher pelo investigador)

--	--	--	--

Investigadores Colaboradores: Ana Santos, Filipa Aguiar, Sónia Elias, Emília Sarmento e a Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego

Ano: 2023

Estudo: “Dar voz a quem cuida: olhar sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais em contexto comunitário”

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre o “Dar voz a quem cuida: olhar sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais em contexto comunitário” solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a sua opinião.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (y), deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1 – Idade: ____ anos	2- Género: ☐ Masculino ☐ Feminino
3 – Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado (a)/ União de Facto ☐ Divorciado(a)/ Separado(a) ☐ Viúvo(a)	
4– Zona de Residência: ☐ Rural ☐ Urbana	
5- Habilitações Literárias/Académicas: ☐ Não sabe ler nem escrever ☐ 1º Ciclo/ 4ª classe/ 4º Ano ☐ 2º Ciclo / Ciclo preparatório / 6º ano ☐ 3º Ciclo/ 9º ano / Secundário / 12º Ano ☐ Ensino Superior (Licenciatura/Mestrado/Doutoramento/Pós-Graduações)	
6 – Profissão/Situação Profissional: ☐ Desempregado ☐ Empregado ☐ Reformado ☐ Doméstica ☐ Estudante	
7 – Fonte de Rendimento: ☐ Atividade Profissional ☐ Reforma ☐ Subsídio de Desemprego ☐ Familiar ☐ Apoio Social ☐ Atividades informais/ Irregulares	
8 – Grau de parentesco com a pessoa cuidada? ☐ Esposa/Marido ☐ Filho/a ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão/ã ☐ Sobrinho/a ☐ Neto/a ☐ Genro/Nora ☐ Primo/a. ☐ Cunhado/a ☐ Sogro/a ☐ Tio/a ☐ Outros (amigo(a) próximo(a)/significativo	
9 – Quanto tempo é / foi cuidador? ____	
10 – Tem apoio para a prestação de cuidados? ☐ Sim ☐ Não	
11 – Pratica alguma Doutrina Religiosa? ☐ Sim ☐ Não	

II PARTE – MSPSS- Multidimensional Scale of Perceived Social Support de Zimet, Dahlem, Zimet, e Farley (1988), validada para a população portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia e Pereira (2011)

Nesta parte, pretendemos avaliar o suporte que pôde obter durante e após o tempo que desenvolveu a atividade de cuidador.

Para cada questão assinale com uma cruz (X), a resposta que, no seu entender, melhor se adequa à sua experiência enquanto cuidador(a):

1	2	3	4	5	6	7
Discorda completamente	Discorda fortemente	Discorda parcialmente	Não tem opinião	Concorda parcialmente	Concorda fortemente	Concorda completamente

	1	2	3	4	5	6	7
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
3. A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente.							
4. Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							
7. Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Posso falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.							

Pontuação Total: _____

III PARTE – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, Validada para a população portuguesa por Sequeira et al, 2010

Nesta parte, pretendemos avaliar a sobrecarga a que foi sujeito/a durante o tempo que desenvolveu a atividade de cuidador. Para cada questão assinala com uma cruz (X), a resposta que, no seu entender, melhor se adequa à sua experiência enquanto cuidador(a):

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

Pontuação Total: _____

IV PARTE - Inventário de Coping de Situações Stressantes (CISS-21) (Endler & Parker, 1994, traduzido e validado por Pereira & Queirós, 2016)

Para cada afirmação apresentada no quadro seguinte, sinalize, com uma cruz, como procede perante situações stressantes. Para avaliar a situação indicada vai utilizar uma escala de cinco pontos, em que 1 representa de modo algum (nunca) e 5 bastante (sempre ou quase sempre).

Perante situações stressantes, como procedo:	Não faço isso (de modo algum) 1	Faço isso raramente 2	Faço isso algumas vezes 3	Faço isso com frequência 4	Faço isso sempre ou quase sempre (bastante) 5
1. Tentar gerir o tempo de forma melhor					
2. Focar-me no problema e tentar resolvê-lo.					
3. Culpar-me por estar nessa situação.					
4. Dar um "miminho" a mim próprio com a minha comida ou bolo preferido					
5. Sentir-me ansioso por não ser capaz de lidar com a situação					
6. Pensar como anteriormente já resolvi problemas semelhantes a este					
7. Visitar um amigo					
8. Definir um plano de ação e segui-lo					
9. Comprar alguma coisa nova para mim					
10. Culpar-me por ficar tão emocionalmente afetado com a situação					
11. Esforçar-me para tentar compreender a situação					
12. Ficar muito aborrecido					
13. Tentar fazer algo para corrigir a situação de imediato					
14. Culpar-me por não saber o que fazer					
15. Passar algum tempo com uma pessoa especial para mim					
16. Pensar no que aconteceu e aprender com os meus erros					
17. Desejar mudar o que aconteceu e a forma como me sinto					
18. Sair para comer qualquer coisa					
19. Analisar o problema antes de reagir.					
20. Concentrar-me nos meus defeitos ou incapacidades					
21. Ligar a um amigo					

Pontuação Total: _____

V PARTE – EUROHIS-QOL-8 – Power (2003) desenvolveu um instrumento comum para avaliar a qualidade de vida, posteriormente adaptado para o contexto português por Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011).

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas. Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem Satisfeito(a) Nem Insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bestante	Completamente
3	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem Satisfeito(a) Nem Insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
5	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
6	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bestante	Completamente
7	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem Satisfeito(a) Nem Insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)
8	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5

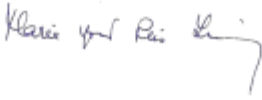
Anexo II - Formulário para Avaliação ética de Estudos de Investigação



(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	Dar voz a quem cuida: um olhar sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais em contexto comunitário
Proponentes do projeto	Mara Gomes, Ana Almeida Ribeiro
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Ana Almeida Ribeiro
Data de submissão	29/09/2025
Data da aprovação do parecer	30/10/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 40/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 ressubmissão após consideração das recomendações



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

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

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O projeto intitula-se "Dar voz a quem cuida: um olhar sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais em contexto comunitário" e é proposto no âmbito do mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública na ESSV.

Assume, como objetivo geral, promover o empoderamento comunitário e a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores informais, na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Lamego, sustentada no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

Preende levar a cabo uma investigação-intervenção (ação) centrada na realidade dos cuidadores informais da comunidade abrangida pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Lamego, suportada nos princípios éticos fundamentais da prática em saúde e investigação em contexto comunitário, nomeadamente: respeito pela dignidade humana, justiça, beneficência, não maleficência e autonomia. O estudo visa identificar e responder às necessidades reais dos cuidadores informais, que contribuam para a valorização do mesmo, para a promoção do bem-estar e para a construção intervenções baseadas na evidência.

Do ponto de vista ético, esta proposta apresenta ganhos significativos em conhecimento, nomeadamente na sistematização de dados sobre a sobrecarga, autonomia dos cuidadores, e ganhos em inovação e empoderamento comunitário, ao aplicar o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) num contexto real.

Assume benefícios diretos para os participantes, nomeadamente a identificação individualizada das suas necessidades e a criação de oportunidades para acesso a apoio emocional, informação e recursos. Serão ainda disponibilizados encaminhamentos para redes formais de apoio sempre que necessário. Os benefícios indiretos envolvem a produção de conhecimento aplicado sobre a realidade dos cuidadores informais, que poderá fundamentar políticas locais de saúde mais inclusivas e adaptadas, promover a literacia em saúde e contribuir para a estruturação de respostas mais equitativas e sustentáveis no domínio do cuidado informal.

A ponderação entre benefícios e riscos revela-se favorável: os potenciais benefícios incluem o aumento da visibilidade das necessidades dos cuidadores, o reforço da literacia em saúde, o suporte emocional e social e a criação de estratégias de intervenção ajustadas e sustentáveis. Em contrapartida, os riscos são mínimos, e estão sobretudo relacionados com o eventual desconforto emocional associado à partilha de experiências pessoais. Para mitigar este risco, serão asseguradas



(parecer_versão004.19.02.21)

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

condições de privacidade, escuta ativa, voluntariedade na participação e possibilidade de interrupção a qualquer momento, sem prejuízo para os participantes.

Metodologicamente o projeto integra duas abordagens complementares: quantitativa e qualitativa.

A vertente quantitativa permitirá recolher e analisar dados objetivos e mensuráveis, fornecendo uma caracterização da população de cuidadores informais e possibilitando a identificação de padrões e tendências (Questionário). O consentimento informado relativo ao questionário apresentado está bem instruído: os potenciais participantes são voluntários, garante a possibilidade de os mesmos saírem do processo de forma autónoma a qualquer altura e que a informação recolhida será anónima e confidencial. Garante-se a estrita utilização dos dados para fins científicos e a sua destruição após tratamento dos mesmos. Os proponentes deste processo assumem ainda que irão cumprir integralmente o disposto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (UE) 2016/679), bem como as boas práticas definidas pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).

Já a vertente qualitativa envolvendo agentes comunitários e stakeholders locais, tais como profissionais de saúde, técnicos da área social, representantes de instituições públicas e privadas, e líderes comunitários com intervenção direta ou indireta na rede de apoio aos cuidadores informais, permitindo avaliar o grau de empoderamento comunitário. Contudo não existe qualquer fundamentação e informação sobre a aplicabilidade da vertente qualitativa (focus groups e entrevistas), nomeadamente do foro funcional e metodológico: como será garantido o anonimato aos participantes e de que forma será realizada a seleção, recolha e manutenção da informação?

Estão salvaguardados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes na vertente quantitativa da investigação, contudo, não existe possibilidade de aferir se o mesmo acontece relativamente aos hipotéticos participantes da vertente qualitativa, face ao referido anteriormente.

Caso existam danos para os participantes, os proponentes assumem que em situações em que se identifique sobrecarga extrema ou sinais de sofrimento psicológico nos participantes, será efetuado o encaminhamento para acompanhamento especializado junto das equipas de enfermagem, psicologia ou serviço social da Unidade de Cuidados na Comunidade ou de outros serviços competentes.

Nos casos em que se verifiquem riscos iminentes para a saúde ou segurança dos cuidadores ou da pessoa cuidada, serão acionados de imediato os procedimentos de urgência adequados, garantindo uma resposta célere e a salvaguarda do bem-estar dos envolvidos.



(parecer_versão004.19.02.21)

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

Não existem custos financeiros diretos, sendo que indiretamente a participação neste estudo poderá implicar custos de deslocação (quando não se trate de visitas domiciliárias) salvaguardados legalmente pela voluntariedade dos intervenientes em participar neste processo.
 Como benefício indireto, os cuidadores terão acesso gratuito a avaliação do nível de sobrecarga e necessidades, encaminhamento para serviços de apoio, informação sobre recursos disponíveis e possibilidade de integrar programas comunitários de suporte.

RECOMENDAÇÕES

O investigador responsável atendeu a todas as recomendações da CE-IPV, nomeadamente:

Uniformizar a expressão investigação ação no formulário (é utilizada numa fase inicial a expressão investigação-intervenção).

Não existe qualquer referência metodológica e funcional da vertente qualitativa da investigação: focus group/entrevistas a agentes comunitários e stakeholders locais (profissionais de saúde, técnicos da área social, representantes de instituições públicas e privadas, e líderes comunitários). A mesma terá de ser fundamentada e garantir os seguintes pressupostos: garantia de anonimato dos intervenientes; consentimento informado; mecanismos funcionais e de segurança de recolha, arquivo e destruição da informação. Neste âmbito, deverão ainda ser aferidos se os critérios de inclusão e exclusão já apresentados salvaguardam os hipotéticos participantes nesta vertente da investigação.

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não ☐ Sim ☐

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):



(parecer_versão004.19.02.21)

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

**QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS**

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.6. São pacientes?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
 - 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
 - 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

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

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

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

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

3.1. Esta investigação envolve animais?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.2. Esses animais são vertebrados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.4. Esses animais são geneticamente modificados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐



(parecer_versão004.19.02.21)

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

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐



Comissão de Ética
Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

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

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

**QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐