



Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do País: Intervenções do Enfermeiro de Saúde Familiar

Emília Cristiana Martins Couto

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**II Curso, Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área
de Enfermagem de Saúde Familiar**

Consórcio

2º Semestre

Ano letivo 2024/2025

**Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do
País: Intervenções do enfermeiro de saúde familiar**

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Discentes:

Emília Couto, n.º 31221

Regentes:

Professora Doutora Carminda Morais

Orientadora:

Professora Doutora Catarina Magalhães Alves

Enfermeira Tutora:

Enfermeira Especialista Mestre Susana Faria

Viana do Castelo, 31 de outubro, 2025

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e ao meu marido, pelo apoio incondicional e por sempre acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais desafiantes deste percurso.

Aos meus filhos, que tanto amo, e que tiveram de lidar com a minha ausência em momentos importantes, para que este percurso pudesse concretizar-se.

Aos professores da Universidade e aos colegas de mestrado, pela partilha de conhecimentos, pela motivação e pelo companheirismo.

À Professora Catarina Alves, pela orientação, pelos conselhos e pelo suporte constante, fundamentais para a realização deste trabalho.

À Enfermeira Susana Faria, que foi muito mais do que uma tutora, e cuja orientação incansável, sabedoria e apoio constante foram fundamentais, tornando esta experiência enriquecedora, deixando uma marca profunda nesta caminhada.

Aos participantes do estudo – às enfermeiras da USF e aos cuidadores de pessoas dependentes – pelo tempo, disponibilidade e colaboração imprescindíveis, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

À Susana Ferreira, pelo apoio na realização do relatório de estágio, sem o qual este percurso teria sido muito mais difícil.

DEDICATÓRIA

“Ao Miguel, ao Pedro e ao Filipe, por serem a maior inspiração da minha vida.”

PENSAMENTO

“O que passou, passou, mas o que passou luzindo, resplandecerá para sempre.”

Jonhann Goethe

RESUMO

Introdução: O aumento da esperança média de vida da população idosa e da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes contribui para o crescente número de pessoas dependentes nos autocuidados. Os cuidadores de pessoas dependentes enfrentam, na atualidade, desafios significativos, exigindo a atenção acrescida no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Objetivos: Mapear a sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes inscritos numa USF do Norte do País; identificar determinantes da sobrecarga dos cuidadores; analisar a perspetiva dos enfermeiros de família sobre as intervenções face aos cuidadores, na interface com as perceções dos cuidadores de pessoas dependentes.

Visa-se ainda, apresentar, de forma crítica e reflexiva, o percurso formativo conducente ao desenvolvimento de competências e qualificação do grau de mestre na área do curso.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo de caso na linha de Yin (2003), com carácter exploratório, descritivo, de abordagem mista. A recolha de dados foi efetuada através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980), e de entrevistas semiestruturadas aos cuidadores de pessoas dependentes e enfermeiros de família. Recorreu-se, respetivamente, à estatística descritiva e inferencial e análise de conteúdo (Bardin, 2016).

Resultados: Participaram 15 cuidadores de pessoas dependentes e 6 enfermeiros. A sobrecarga dos cuidadores, em 13% classifica-se em ligeira e 26.7% intensa, a última, exclusivamente reportada por mulheres. Foi verificada associação negativa entre tempo como cuidador e a sobrecarga ($r_s = -0.405$; $p > 0.05$). Através das entrevistas, foram ainda identificadas estratégias de intervenção eficazes por parte do enfermeiro de saúde familiar, como promoção de resiliência, redistribuição de tarefas e acesso a recursos de apoio, reconhecendo-se o papel central da família como unidade de cuidados. A triangulação da abordagem quantitativa e qualitativa permitiu uma visão integrada da sobrecarga do cuidador e das respostas de enfermagem face à mesma.

Conclusões: A sobrecarga dos cuidadores é multifatorial e heterogénea, sendo essenciais intervenções de enfermagem de saúde familiar.

Palavras-chave: Sobrecarga, cuidador, intervenções de enfermagem, enfermagem saúde familiar, pessoas dependentes, cuidados saúde primários

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy among the elderly population and the prevalence of chronic and disabling diseases contribute to the growing number of people dependent on self-care. Caregivers of dependent individuals currently face significant challenges, requiring greater attention within the scope of Family Health Nursing.

Objectives: To map the burden of caregivers of dependent individuals enrolled in a Family Health Unit in the North of the country; to identify determinants of caregiver burden; and to analyze family nurses' perspectives on interventions directed at caregivers, in relation to the perceptions of caregivers of dependent individuals.

Additionally, the aim is to critically and reflectively present the educational path that leads to the development of skills and the attainment of a master's degree in the field of study.

Methodology: A case study was developed following Yin's framework (2003), with an exploratory and descriptive mixed-methods approach. Data collection was conducted using the Zarit Burden Interview (Zarit et al., 1980) and semi-structured interviews with caregivers of dependent individuals and family nurses. Descriptive and inferential statistics were applied, along with content analysis (Bardin, 2016).

Results: Fifteen caregivers of dependent individuals and six nurses participated in the study. Caregiver burden was classified as mild in 13% of cases and severe in 26.7%, with the latter reported exclusively by women. A negative association was observed between duration as a caregiver and burden ($r_s = -0.405$; $p > 0.05$). Interviews also identified effective intervention strategies employed by family health nurses, such as promoting resilience, redistributing tasks, and facilitating access to support resources, highlighting the central role of the family as a unit of care. The triangulation of quantitative and qualitative approaches provided an integrated view of caregiver burden and nursing responses to it.

Conclusions: Caregiver burden is multifactorial and heterogeneous, making family health nursing interventions essential.

Keywords: Burden, caregiver, nursing interventions, family health nursing, dependent persons, primary health care

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

N.º - Número

P. – Página

II – Segundo

Km – Quilómetros

Dr. – Doutor

% – Percentagem

v. – Versão

ACRÓNIMOS

PAI – Plano de Auditoria Interno

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MCAF – Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo Calgary de Intervenção Familiar

SIGLAS

USF – Unidade de Saúde Familiar

V.N. – Vila Nova

ULSMA – Unidade Local de Saúde do Médio Ave

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidades Locais de Saúde

EEECAESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

CV – Coeficiente de variação

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

EN – Estrada Nacional

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

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DP – Desvio padrão

ICN – International Council of Nurses

MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
DEDICATÓRIA	iv
PENSAMENTO	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT	vii
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	viii
INTRODUÇÃO	1
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	6
1.1. CONTEXTO DA USF DO NORTE DO PAÍS.....	9
1.2. POPULAÇÃO E NECESSIDADES DE SAÚDE	10
1.3. PROJETOS E ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE	13
2. TRABALHO EMPÍRICO	15
2.1. INTRODUÇÃO	16
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.2.1. Envelhecimento populacional e dependência.....	18
2.2.2. Pessoa dependente	20
2.2.3. Prestador de cuidados da pessoa dependente	21
2.2.4. Sobrecarga do cuidador e importância da sua avaliação	23
2.2.5. Intervenções do enfermeiro de família e ESF	26
2.2.6. Referencial Teórico de suporte à prática de enfermagem de saúde familiar ...	28
2.3. METODOLOGIA.....	33
2.3.1. Justificação da problemática.....	33
2.3.2. Questão de Investigação, finalidade e objetivos.....	34
2.3.3. Tipo de estudo	35
2.3.4. População, Amostra e Participantes no estudo.....	36
2.3.5. Instrumentos de Recolha de Dados	38
2.3.6. Propriedades psicométricas dos instrumentos de estudo.....	39
2.3.7. Procedimentos de Recolha de Dados.....	41
2.3.8. Previsão de Tratamento e Análise de Dados	41
2.3.9. Questões Éticas.....	42

2.4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	43
2.4.1.	Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos cuidadores	43
2.4.2.	Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo.....	46
2.5.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
2.6.	CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	68
2.7.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	70
3.	PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	73
3.1.	ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO.....	75
3.2.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	77
3.2.1.	Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	78
3.2.2.	Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade.....	79
3.2.3.	Competências do domínio da gestão dos cuidados	80
3.2.4.	Competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	82
3.3.	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR	83
3.3.1	Competências do domínio do cuidar da família enquanto unidade de cuidados	83
3.3.2.	Competências do domínio liderar e colaborar em processos de intervenção em saúde familiar	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS.....	96
	ANEXO I – ESCALA DE ZARIT	97
	ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ZARIT	99
	ANEXO III – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	101
	ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO	104
	ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS	107

ANEXO VI – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS COMPLETOS.....	112
ANEXO VII – ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CATEGÓRICAS	114
ANEXO VIII – CÁLCULOS DETALHADOS DA DISTRIBUIÇÃO	
DOS CUIDADORES SEGUNDO SEXO E NÍVEL DE SOBRECARGA	118

ÍNDICE DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos cuidadores segundo sexo e nível de sobrecarga (n = 15).....	48
Quadro 2 - Áreas temáticas emergentes	49
Quadro 3 - Percepções dos cuidadores de pessoas dependentes acerca das intervenções do enfermeiro de família.....	50
Quadro 4 - Percepções dos cuidadores relativas às intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga do cuidador.....	51
Quadro 5 - Área temática “Avaliação da sobrecarga do cuidador”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família).....	52
Quadro 6 - Área temática “Recursos de saúde e comunidade disponíveis”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família).....	53
Quadro 7 - Área temática “Condicionalismos”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família)	54
Quadro 8 - Área temática “Intervenções de enfermagem”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família).....	55

FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária e Caracterização dos Utentes Inscritos na USF	11
--	----

TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores.....	44
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de Enfermeiros(as): frequência absoluta e relativa	45
Tabela 3 - Média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nos grupos de cuidadores e de Enfermeiros.....	46
Tabela 4 - Tabela de correlação de Spearman.....	47

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio é desenvolvido no âmbito do Estágio em Cuidados de Saúde Primários, integrado no plano de estudos do II Mestrado em Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde Viana do Castelo em Consórcio com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O estágio decorreu no período compreendido entre os dias 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, num total de 400 horas de estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF) no Norte do país, integrada na Unidade Local de Saúde do Médio Ave (ULSMA). A orientação no contexto de prática clínica foi realizada com a Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem Saúde Familiar, enfermeira Susana Faria e das orientadoras Professora Doutora Carminda Morais e Professora Doutora Catarina Alves.

Este estágio tem como objetivos o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada no âmbito da saúde familiar, prestando cuidados de enfermagem às famílias e a cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, mobilizando os recursos da comunidade (Morais, 2023).

Indo de encontro ao referido anteriormente, a realização de estágios no contexto de prestação de cuidados deve ser considerada prioritária na Especialização em Enfermagem, uma vez que possibilita a mobilização de conhecimentos, apoiando a aprendizagem através de formação e reflexão, incluindo sempre uma componente de investigação (OE, 2011).

A Prática clínica permite ainda, aperfeiçoar competências de enfermagem de Saúde Familiar a nível do mestrado, através da aplicação prática dos referenciais teóricos, epistemológicos e éticos abordados nas diferentes unidades curriculares (Morais, 2023).

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio de natureza profissional, inserida no plano de estudos conducente à obtenção do grau de mestre. Os objetivos da sua execução prendem-se com a realização de uma análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido na USF, contextualizando-o numa realidade clínica concreta através do projeto de investigação, onde foi possível desenvolver e aplicar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (EEECAESF).

A sobrecarga associada ao cuidado de pessoas dependentes constitui uma problemática cada vez mais prevalente e complexa nos Cuidados de Saúde Primários (CSP),

exigindo respostas diferenciadas e eficazes da enfermagem. Neste contexto, EEESCASF desenvolve a sua prática em parceria com as famílias, considerando a família como unidade de cuidados e valorizando tanto a saúde individual dos membros como da família. Para tal, aplica conhecimentos especializados na avaliação da saúde familiar, considerando as relações entre os membros e as necessidades individuais e familiares, e capacita as famílias na gestão dos problemas de saúde (OE, 2011).

Esta intervenção promove a atuação do enfermeiro de família, cuja prática se concentra sobretudo na prestação de cuidados globais e contínuos às famílias, em todas as fases da vida (Melo, 2021). Assim, a atuação do enfermeiro especialista revela-se particularmente relevante para mitigar a sobrecarga dos cuidadores, promovendo a saúde e o bem-estar das famílias no âmbito dos CSP.

O relatório de estágio é também um requisito de avaliação e de qualificação com o grau de mestre na área do curso, e a sua execução cumpre com os objetivos do estágio.

Em Portugal, os CSP constituem a primeira linha de contacto da população com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e asseguram uma resposta de proximidade com a população. As USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) têm como missão prestar cuidados contínuos, integrados e centrados na pessoa e na família. Estas surgiram com o Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro, onde são definidas como organizações constituídas por uma equipa multiprofissional, autónoma a nível organizacional, funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde ao utente/família (Melo, 2021).

As USF funcionam com equipas multiprofissionais, nas quais a enfermagem assume uma função essencial na promoção da saúde, na prevenção da doença e no apoio às famílias, incluindo aquelas que cuidam de pessoas em situação de dependência. O envelhecimento demográfico, verificado nas sociedades desenvolvidas, o aumento da prevalência de doenças crónicas e a crescente necessidade de cuidados domiciliários ajustados às necessidades dos utentes e das suas famílias, representam um dos principais desafios atuais do SNS, reforçando a importância da atuação destas unidades e a pertinência do presente estudo no contexto nacional.

A Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) consolidou-se no campo teórico e da investigação com o surgimento de modelos e teorias de avaliação familiar. O enfermeiro é responsável pela aplicação de políticas que permitem o progresso da investigação e das práticas em enfermagem de família, contribuindo para a promoção da saúde familiar

(Figueiredo, 2023). Aliada à evolução da enfermagem, a ESF fundamenta-se em processos científicos, investigação e no desenvolvimento de políticas de saúde que respondem às necessidades da população nos CSP (Melo, 2021).

O EEECAESF deve considerar o sistema familiar como um todo, reconhecendo forças e recursos que potencializam a saúde familiar. Assim este não deve ser reduzido apenas às características dos seus membros, mas entendido na sua totalidade. Tal abordagem exige aprendizagem contínua, apoiada na formação e reflexão, aumentando a mobilização de conhecimentos especializados nesta área (Figueiredo, 2022).

Os enfermeiros dos CSP cuidam de famílias com utentes dependentes e, desta forma, devem desenvolver intervenções de enfermagem de aconselhamento, apoio e intermediação. Segundo Figueiredo (2023), a construção de uma relação terapêutica consistente é fundamental para promover a colaboração eficaz entre o enfermeiro e a família. Esta parceria deve evoluir, considerando tanto o sistema familiar como um todo, como também as características e necessidades específicas de cada membro, incluindo os utentes dependentes, os cuidadores e outros elementos.

A autora destaca a importância de uma intervenção sistémica e integradora, que reconheça a família como unidade de cuidados em interação com a sociedade em constante mudança (Figueiredo, 2023).

Para que as intervenções de enfermagem respondam às necessidades da família, é essencial identificar os recursos de resistência presentes no seio familiar (Figueiredo, 2023). McCubbin e McCubbin (1993) destacam que a própria família possui recursos internos que podem ser mobilizados para enfrentar adversidades. Por outro lado, habitar com uma pessoa idosa ou dependente pode gerar sobrecarga significativa nos cuidadores, podendo até desencadear restrições à própria vida do cuidador (Alves et al., 2018).

Apesar da literatura existente, persistem lacunas no conhecimento sobre estratégias eficazes de apoio às famílias de pessoas dependentes. Estudos identificam a sobrecarga física, emocional, social e económica destas famílias, mas há necessidade de investigação detalhada sobre intervenções de enfermagem sistemáticas e contextualizadas que promovam resiliência familiar e qualidade de cuidados (Figueiredo, 2023).

Atualmente, nos CSP, destaca-se a importância de intervenções que promovam o desenvolvimento de competências das famílias para o cuidado e fortaleçam a sua resiliência. A intervenção do enfermeiro é essencial para a identificação precoce da sobrecarga do

cuidador, através da elaboração de planos de cuidados centrados na família, educação para a saúde e mobilização de redes formais e informais de apoio (Figueiredo, 2023).

Apesar disso, persistem lacunas na resposta efetiva à sobrecarga, tanto ao nível da prática como da investigação, reforçando a relevância desta temática como objeto de estudo.

Do ponto de vista metodológico, este relatório assume um carácter descritivo e reflexivo, articulando duas dimensões complementares: uma investigação que seguirá a estratégia metodológica do estudo de caso, adequada para compreender fenómenos complexos no seu contexto real, neste caso a problemática da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e a descrição do percurso formativo durante o estágio na USF e das atividades desenvolvidas durante o mesmo.

A estrutura do relatório organiza-se em três capítulos, para além da introdução e conclusão. O primeiro capítulo apresenta a caracterização do contexto da prática clínica, o segundo capítulo é constituído por todo o trabalho de investigação e por fim no terceiro capítulo apresento o processo formativo e desenvolvimento das competências comuns e específicas.

Espera-se que este relatório constitua uma contribuição significativa para a melhoria da prática em enfermagem de saúde familiar, assim como para a definição de estratégias de apoio às famílias cuidadoras de pessoas dependentes. Pretende-se disponibilizar evidência científica e recomendações práticas que possibilitem ao Enfermeiro de Família intervir de forma mais eficaz na capacitação das famílias, promovendo a redução da sobrecarga e assegurando cuidados de saúde centrados no indivíduo e sua família.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e os seus Estados-Membros declararam em setembro, de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS, 1978, p. 2).

Segundo a OMS (citada na Assembleia da República, 2023), os cuidados de saúde primários devem dar resposta às necessidades de saúde dos indivíduos ao longo de todo o ciclo vital, através da promoção, proteção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sendo dirigidos a indivíduos e famílias.

Nesse sentido, os CSP são, segundo a OMS, definidos como

“cuidados de saúde essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a sua participação, por meios e a um custo aceitável pela comunidade e pelo País; os cuidados de saúde primários fazem parte do sistema do País, de que constituem o núcleo, bem como do desenvolvimento social e económico global da comunidade” (Assembleia da República, 2023, p.11).

Em Portugal, a evolução dos cuidados de saúde primários conheceu várias etapas. Em 1999, o Decreto-Lei n.º 157/99 impulsionou uma reforma estrutural dos centros de saúde, promovendo uma nova dinâmica e reafirmando a sua missão junto da comunidade. Posteriormente, em 2006, surgiram as USF, organizadas em pequenas unidades multiprofissionais orientadas por listas de utentes, áreas geográficas delimitadas e em articulação com as Unidades de Saúde Pública (USP) (Melo, 2021).

A reorganização administrativa e funcional dos centros de saúde deu origem aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Destas unidades funcionais constam as USF, as UCSP, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários para a população (Melo, 2021).

Mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 102/2023 reforçou o direito fundamental à proteção da saúde, consolidando políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença, bem como a articulação entre os vários níveis de cuidados. Este diploma procedeu à reestruturação de entidades públicas empresariais, integradas no SNS, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em Unidades Locais de Saúde (ULS) (Decreto-Lei n.º 102/2023, Diário da República n.º 215/2023, Série I, 7 de novembro de 2023).

Neste percurso, as USF emergem como unidades basais de prestação de cuidados de saúde de proximidade, centrados no indivíduo e na família. Nesse contexto, destaca-se o papel do enfermeiro de família, como agente de mudança nos CSP, reforçando a importância da prestação de cuidados qualificados, contínuos e integrados, a famílias em diferentes fases do ciclo de vida, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença (Figueiredo, 2023).

A Enfermagem de Saúde Familiar, alicerçada nos princípios da OMS, afirmou-se como área autónoma e diferenciada da enfermagem comunitária. Embora ambas integrem o quadro dos CSP, distinguem-se pelo alvo de cuidados: enquanto a Enfermagem Comunitária privilegia a comunidade, a Enfermagem de Saúde Familiar centra-se na família como unidade sistémica de intervenção (Figueiredo, 2023).

A Região Europeia da OMS, no quadro conceptual “Saúde 21” destacou precisamente o papel do enfermeiro de saúde familiar, reconhecendo-o como profissional qualificado que acompanha um número limitado de famílias, prestando apoio e cuidados no domicílio, numa lógica de proximidade e de enfoque familiar (Figueiredo, 2023 citando OMS, 2002).

Em Portugal, a consolidação deste campo de atuação ocorreu com a publicação do Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro, que define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2023).

Assim, torna-se evidente que o desenvolvimento dos CSP em Portugal, aliado ao enquadramento internacional da OMS, tem vindo a valorizar o papel do enfermeiro de família enquanto elemento-chave na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo de vida.

O reconhecimento desta especialidade traduz-se num reforço da pertinência do exercício profissional neste domínio, confirmando a relevância do estágio realizado enquanto espaço formativo essencial para o desenvolvimento de competências especializadas e para a consolidação de uma prática de enfermagem centrada na família, integrada na comunidade e orientada para a excelência dos cuidados.

1.1. CONTEXTO DA USF DO NORTE DO PAÍS

O estágio curricular decorreu numa USF do Norte do país, unidade funcional integrada na ULSMA, situada no concelho de Vila Nova de Famalicão, distrito de Braga.

A ULSMA, constitui uma estrutura integrada no âmbito do SNS. A sua missão centra-se na promoção da saúde e na prestação de cuidados de elevada qualidade, orientados para a pessoa e para a comunidade, sustentados por um modelo integrado e sustentável (ULSMA, 2025).

A ULSMA exerce a sua atividade prioritariamente nos concelhos de Santo Tirso, Trofa e Vila Nova de Famalicão, podendo, sempre que tal se revele adequado ao contrato-programa ou às necessidades de eficiência, prestar cuidados fora desta área de influência direta (ULSMA, 2025). Para além da prestação de cuidados de saúde, a instituição assume igualmente atribuições nas áreas da investigação, inovação, ensino e formação, em conformidade com os respetivos regulamentos internos (ULSMA, 2025).

Os princípios orientadores da organização incluem a dignidade da pessoa humana, a acessibilidade, a cooperação, a integridade e a responsabilidade ética, bem como a igualdade, a transparência, a inovação, a humanização dos cuidados e a qualidade e segurança assistencial. Estes princípios coexistem com a preocupação pela sustentabilidade financeira e ambiental e com o reforço do sentimento de pertença à comunidade organizacional (ULSMA, 2025).

Do ponto de vista da governação, a ULSMA implementa práticas de melhoria contínua, monitorização sistemática e gestão do risco, apoiadas por estruturas formais de auditoria interna e por sistemas de avaliação periódica de indicadores económicos, assistenciais e de qualidade, com o objetivo de garantir uma prestação de cuidados eficiente, eficaz e segura (ULSMA, 2025).

Enquanto entidade integrante do SNS, a ULSMA está vinculada às obrigações de serviço público consagradas na Constituição da República Portuguesa, nomeadamente o direito à proteção da saúde, e na Lei de Bases da Saúde, que asseguram a universalidade do acesso, a igualdade de tratamento e a priorização clínica em função das necessidades dos utentes (ULSMA, 2025).

A ULSMA, integra dois hospitais, cinco UCC, quatro UCSP, vinte e uma USF e uma USP, estruturando assim uma rede de prestação de cuidados de saúde que abrange cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários (ULSMA, 2025). Esta configuração permite à

ULSMA assegurar a continuidade assistencial entre níveis de cuidados, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa e na comunidade.

A USF do Norte do país, unidade funcional integrada na ULSMA, onde decorreu o estágio curricular, localiza-se na União das Freguesias de Calendário e Vila Nova de Famalicão, a cerca de 1.5 km do centro da cidade, num local com excelentes acessibilidades, próximo da estrada nacional EN-14 e servido por transportes rodoviários e ferroviários, incluindo o apeadeiro do Barrimau (linha Porto–Braga). Estes fatores facilitam o acesso da população e permitem um trabalho próximo da equipa de saúde com os utentes.

Inserida na estrutura do SNS, a USF desenvolve a sua atividade no âmbito dos CSP. A área de influência abrange formalmente as freguesias de Calendário, Famalicão, Cabeçudos, Esmeriz, Lousado, Brufe, Antas, Abade de Vermoim e Vilarinho das Cambas, embora cerca de 25% dos utentes inscritos provenham de outras freguesias devido à liberdade de escolha da unidade. A USF foi criada em 2008 como unidade modelo A e transitou para modelo B em 2012, refletindo a sua eficácia organizacional (Borges et al., 2023).

Em outubro de 2025, a USF contava com 12209 utentes inscritos. A missão da unidade consiste em prestar cuidados personalizados, acessíveis, globais, contínuos e de qualidade, centrando-se na pessoa, na família e na comunidade. A visão da unidade é ser uma referência na prestação de CSP, pautando a sua atuação por valores como equidade, competência, gestão participativa, articulação e cooperação.

1.2. POPULAÇÃO E NECESSIDADES DE SAÚDE

A pirâmide etária dos utentes inscritos nesta USF (Figura 1) evidencia um estreitamento da base, traduzindo-se numa população envelhecida, com uma reduzida proporção de jovens e uma diminuição acentuada dos nascimentos, em consonância com a tendência demográfica nacional (Borges et al., 2023). Trata-se, assim, de uma pirâmide etária típica da realidade portuguesa, caracterizada por baixos índices de natalidade e por um progressivo aumento da população idosa.

Do total de 12209 utentes inscritos em outubro de 2025, todos possuem médico de família, distribuídos por sete médicos e enfermeiros de família, sendo o número total de unidades ponderadas de 15659 (BI-CSP, 2025).

Em termos etários, a população com menos de 6 anos é de 676 crianças, enquanto o grupo etário entre 7 e 64 anos totaliza 8965 utentes, dos quais 2596 são mulheres em idade fértil (15–54 anos). A população idosa apresenta 1480 utentes com idade entre 65 e 74 anos e 1088 com mais de 75 anos, evidenciando o envelhecimento populacional dos utentes da USF conforme os dados da plataforma BI-CSP (2025).

O índice de dependência total da população da USF é de 50.65%, refletindo a proporção significativa de indivíduos não ativos economicamente em relação à população ativa. O índice de dependência de jovens é de 18,97%, enquanto o índice de dependência de idosos (≥ 65 anos) é de 31,69% (BI-CSP, 2025).

A análise destes indicadores confirma que a USF presta cuidados a uma população com elevada proporção de idosos, associada a um aumento da esperança média de vida, o que implica necessidades acrescidas em cuidados de saúde e acompanhamento contínuo. De acordo com os dados da plataforma BI-CSP (2025), a Figura 1 apresenta também, a distribuição detalhada por grupo etário dos utentes inscritos na USF.

Figura 1 - Pirâmide Etária e Caracterização dos Utesntes Inscritos na USF



Fonte: BI-CSP, 2025

Segundo estudos recentes, nomeadamente um estudo conduzido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), publicado, em 2022, na *BMC Public Health*, cerca de metade da população adulta em Portugal apresenta dois ou mais problemas de saúde, verificando-se uma tendência de aumento médio de 4 % por cada ano adicional de vida (Páscoa et al., 2022).

O aumento significativo da prevalência de pessoas com múltiplas mobilidades e da esperança média de vida encontra-se em consonância com os resultados de outros estudos nacionais, confirmando que o envelhecimento da população portuguesa está associado ao aumento de doenças não transmissíveis (Páscoa et al, 2022). Tal como salientam os autores desta investigação, este fenómeno não é inesperado, dado que o prolongamento da esperança média de vida, ainda que saudável, está frequentemente acompanhado da coexistência de múltiplas patologias, muitas delas incapacitantes.

A conjugação entre o aumento da esperança média de vida e a baixa taxa de natalidade tem contribuído para o crescimento da proporção de pessoas com mais de 65 anos face à população jovem. O envelhecimento, enquanto processo biológico normal, acarreta alterações funcionais que podem aumentar a dependência da pessoa idosa relativamente aos seus cuidadores/família nas atividades de vida diária.

Para além do envelhecimento, as doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes constituem fatores determinantes de dependência. O aumento do número de indivíduos com doença crónica e incapacidade associado ao aumento da população idosa, exige estratégias organizadas de prestação de cuidados de saúde dirigidas quer às pessoas dependentes, quer aos seus cuidadores.

A investigação sobre o stress associado ao cuidado de familiares dependentes constitui, por isso, uma prioridade de saúde pública, sendo fundamental avaliar os potenciais impactos negativos na saúde física e mental dos cuidadores familiares (Trindade et al, 2017).

Em maio de 2024, cerca de 73.7% da população adulta portuguesa (7,64 milhões de utentes, de um total de 10.37 milhões registados nos cuidados de saúde primários) vivia com múltiplas doenças crónicas, valor que representa um aumento de 4.7% face a 2022. As condições crónicas mais comuns incluíam distúrbios lipídicos, hipertensão, obesidade e consumo excessivo de tabaco (Prazeres, 2025). Esta realidade atingiu uma prevalência superior a 65% em todas as regiões do país, destacando-se as regiões Norte (78.9%) e Alentejo (78.3%) como as mais afetadas (Prazeres, 2025). Estes dados evidenciam que a

multimorbidade em Portugal continua a crescer de forma consistente, sublinhando a necessidade de intervenções estruturadas nos cuidados de saúde primários.

Neste contexto, o acompanhamento realizado pelo enfermeiro de família assume um papel central, não só na prevenção de complicações e na promoção do autocuidado, mas também no apoio aos cuidadores familiares (Prazeres, 2025).

Perante este cenário justifica-se a crescente valorização do prestador de cuidados de pessoas idosas e/ou dependentes e com doenças crónicas, destacando-se a intervenção das USF e dos enfermeiros de família na articulação de cuidados contínuos e na promoção da saúde familiar. A sobrecarga vivida por familiares prestadores representa uma realidade frequente, muitas vezes subvalorizada.

A avaliação precoce do stress/sobrecarga do prestador constitui uma intervenção essencial, permitindo ao enfermeiro de família agir atempadamente junto das famílias com utentes dependentes, de forma a prevenir a exaustão do cuidador. Tal abordagem enquadra-se no âmbito da prevenção, dimensão nuclear da prática de enfermagem nos CSP.

1.3. PROJETOS E ARTICULAÇÃO COM A COMUNIDADE

A USF do Norte do País desenvolve diversos projetos contratualizados, nomeadamente Planos de Auditoria Interna (PAI) nas áreas da Gestão da Saúde, Acesso e Gestão da Doença, com o propósito de qualificar a prestação de cuidados à população e gerar ganhos efetivos em saúde para os utentes e suas famílias. Estes projetos não se limitam à avaliação de indicadores isolados, mas orientam-se para a concretização de objetivos clínicos e organizacionais, assegurando melhorias sustentadas na saúde da comunidade.

Os compromissos definidos na Carta de Compromisso de 2022 incluem, entre outros, a melhoria do acesso aos cuidados, a qualificação da prescrição e da referenciação hospitalar, a promoção da segurança dos utentes, a satisfação de utentes e profissionais, bem como a formação contínua da equipa e a aplicação de incentivos institucionais. O acompanhamento do desempenho da USF é assegurado pela ULS, centrando-se sobretudo nas áreas de melhoria identificadas no respetivo plano de ação (BI-CSP, 2025).

Paralelamente, a USF desenvolve projetos dirigidos a problemas prioritários de saúde da comunidade, como a intervenção precoce em grávidas fumadoras, a promoção da utilização de consultas de enfermagem e a avaliação do risco de diabetes tipo II na população

adulta. Estes projetos refletem o compromisso da USF em articular-se com a comunidade, consolidando intervenções estruturadas que não só contribuem para a melhoria da saúde da população local, como também reforçam o papel do enfermeiro de família na prevenção, capacitação e apoio aos cuidadores familiares (BI-CSP, 2025).

Concluída a caracterização do contexto da prática clínica, procede-se à apresentação do trabalho de investigação que dela decorre, integrando o enquadramento teórico, a metodologia aplicada e a análise dos resultados obtidos.

2. TRABALHO EMPÍRICO

2.1. INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, aliado à baixa taxa de natalidade, tem levado a uma maior proporção de pessoas com mais de 65 anos em comparação com a população jovem. O envelhecimento, enquanto processo biológico natural, implica alterações que podem aumentar a dependência da pessoa idosa em relação aos seus cuidadores ou familiares no desempenho das atividades da vida diária.

Outros fatores determinantes de dependência incluem as doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes (Trindade et al, 2017). O aumento do número de indivíduos com doença crónica e incapacidade juntamente com o aumento da população idosa, exige estratégias de prestação de cuidados de saúde dirigidas não apenas aos indivíduos dependentes, mas também aos seus cuidadores. A investigação sobre o stress associado ao cuidado de familiares dependentes, é uma prioridade de saúde pública, sendo importante avaliar os efeitos negativos na saúde física, psicológica e social dos cuidadores (Trindade et al, 2017).

A presente investigação intitulada “Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do país: Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar”, justifica-se pela sua relevância social e clínica no combate à sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes. Esta sobrecarga representa um desafio significativo que afeta não apenas a qualidade de vida dos cuidadores, mas também o bem-estar das pessoas dependentes.

Compreender os fatores que contribuem para a sobrecarga e identificar intervenções eficazes de enfermagem de saúde familiar são passos fundamentais para melhorar os cuidados prestados e promover ambientes de apoio mais eficazes.

Além disso, este estudo contribui diretamente para a prática baseada na evidência, ao fornecer informação científica útil para decisões clínicas e políticas de saúde. A implementação de estratégias mais direcionadas e eficazes poderá gerar melhorias significativas nos resultados de saúde, reduzindo o impacto negativo da sobrecarga e fortalecendo a resiliência dos cuidadores ao longo do tempo (Trindade et al, 2017).

Ao aprofundar o conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos cuidadores de pessoas dependentes e as necessidades específicas dessa população, este estudo pretende também empoderar os cuidadores através do desenvolvimento de recursos e suportes adequados. Essa capacitação não só melhora a qualidade dos cuidados prestados, como

contribui para a construção de um ambiente de cuidado mais sustentável, humano e centrado na família.

Em última análise, este projeto de investigação não só aborda uma questão crítica na saúde pública, mas também contribui para o aprofundamento do conhecimento científico, ao explorar as dimensões psicossociais e clínicas associadas ao cuidar de pessoas dependentes. Assim, ao responder a questões fundamentais sobre a sobrecarga dos cuidadores e a eficácia das intervenções de enfermagem, este estudo visa transformar positivamente a prática clínica e melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas envolvidas.

A finalidade do estudo consiste em contribuir para a inovação das práticas clínicas, prevenir a sobrecarga dos cuidadores e, dessa forma, promover o seu bem-estar, quer do cuidador, quer da família cuidadora.

Para atingir esta finalidade, propõem-se os seguintes objetivos de estudo: avaliar a sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes inscritos numa USF do Norte do país; analisar as determinantes da sobrecarga dos mesmos cuidadores; analisar a perspetiva dos enfermeiros de uma USF do Norte do país sobre as intervenções de enfermagem na sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes; analisar perceções dos cuidadores de pessoas dependentes quanto à eficácia das intervenções de enfermagem na redução da sobrecarga e correlacionar as perceções dos cuidadores de pessoas dependentes e dos enfermeiros de família sobre a eficácia das intervenções de enfermagem na redução da sobrecarga dos cuidadores.

O presente trabalho de investigação encontra-se organizado em seis capítulos: enquadramento teórico, metodologia, apresentação de resultados, análise e discussão dos resultados, contributos para a prática clínica e conclusão do estudo.

2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico constitui o fundamento que sustenta o trabalho académico, através da integração e discussão de conhecimentos de autores relevantes para apoiar a investigação (Rego, 2024).

Cuidar de alguém dependente exige do cuidador um grande investimento físico, emocional e psicológico. Este tema tem sido investigado nas últimas décadas, demonstrando

que este cuidar é uma dedicação intensa que pode afetar profundamente a saúde e o bem-estar dos cuidadores. Mostra ainda que, por detrás de cada cuidado diário, há desafios e desgaste, mas também aprendizagens e vínculos únicos.

2.2.1. Envelhecimento populacional e dependência

O envelhecimento da população tem apresentado um grande avanço a nível mundial, e Portugal não é exceção. O aumento da esperança média de vida, aliado à baixa taxa de natalidade, tem conduzido ao crescimento da população idosa em relação à população jovem. Em 1 de janeiro de 2024, a população da União Europeia foi estimada em 449.3 milhões de pessoas, sendo que as crianças (0–14 anos) representavam 14.6% da população, a população em idade ativa (15–64 anos) 63.8% e as pessoas idosas (≥ 65 anos) 21.6%, valor que corresponde a um aumento de 2.9 pontos percentuais na última década (Eurostat, 2024).

Em Portugal, a tendência de envelhecimento é ainda mais acentuada: entre 2015 e 2024, a proporção de jovens diminuiu de 14.2% para 12.6%, a população em idade ativa reduziu de 65% para 63% e a população idosa aumentou de 20.9% para 24.3%. Neste período, a idade mediana da população residente subiu de 44.1 anos para 47.3 anos, sendo 45.5 anos nos homens e 48.9 anos nas mulheres (INE, 2024).

Estes dados evidenciam a consolidação de um processo demográfico marcado pelo envelhecimento, com implicações significativas para a sociedade e para os sistemas de saúde.

As projeções demográficas indicam que esta tendência irá acentuar-se nas próximas décadas. Estima-se que, até 2100, os idosos possam representar aproximadamente um terço da população da União Europeia, com o rácio de dependência quase a duplicar (Eurostat, 2024). Este cenário aponta para um aumento significativo da responsabilidade da população em idade ativa, tanto em termos económicos como sociais, e reforça a necessidade de políticas de saúde pública que promovam a autonomia do idoso e apoiem os cuidadores familiares.

O envelhecimento individual, intrínseco ao processo biológico, acarreta alterações na autonomia e funcionalidade do idoso, tornando-o mais dependente dos seus cuidadores, frequentemente familiares, nas atividades de vida diária. Concomitantemente, o aumento do número de pessoas com doença crónica e incapacidade torna imperativa a implementação

de estratégias de prestação de cuidados de saúde adaptadas às necessidades de cada indivíduo dependente e ao contexto familiar.

Este cenário reforça a necessidade de planejar e executar intervenções de enfermagem individualizadas. A enfermagem de saúde familiar é central na avaliação das necessidades do idoso e do cuidador, promovendo autonomia, qualidade de vida e estratégias de apoio à família que contribuam para a prevenção da sobrecarga dos cuidadores, assegurando uma prestação de cuidados eficaz, sustentada e centrada na pessoa.

Esta abordagem é reforçada pelos resultados do estudo de Rico-Blázquez et al. (2022), que salientam a importância de planejar e implementar intervenções individualizadas de enfermagem para responder às necessidades específicas de cuidadores e idosos.

Paralelamente, a investigação sobre o stress associado ao cuidado de familiares dependentes evidencia que este constitui uma prioridade de saúde pública, sendo essencial avaliar os impactos negativos sobre os cuidadores de modo a desenvolver estratégias que promovam a sua saúde e bem-estar (Trindade et al., 2017).

Nos países europeus, os modelos de prestação de cuidados apresentam grande variabilidade, dependendo do grau de envolvimento político, do apoio financeiro e dos serviços formais destinados aos cuidadores familiares. Estudos como o de Rico-Blázquez et al. (2022) demonstram diferenças de género no papel de cuidador, com impactos distintos na experiência do cuidado e na perceção da qualidade de vida. Apesar das transformações sociais e culturais que têm modificado os padrões tradicionais de cuidado, nos países mediterrânicos, este continua a ser maioritariamente desempenhado por mulheres, evidenciando a persistência de desigualdades de género na responsabilidade do cuidado familiar.

O crescimento da população idosa e o aumento de pessoas com doenças crónicas incapacitantes têm aumentado a responsabilidade dos cuidadores, que na maioria das vezes são familiares. Os resultados do estudo de Rico-Blázquez et al., (2022), salientam a importância de planejar e executar intervenções de enfermagem individualizadas.

2.2.2. Pessoa dependente

Segundo Figueiredo (2012), identificar a dependência de membros da família no autocuidado é importante, pois exige que a família se reorganize funcionalmente, aumentando a necessidade de intervenção do ESF.

“Dependência é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.” (Decreto-Lei n.º 101/2006, *Diário da República*, 1.ª série A, n.º 109, 6 de junho de 2006 p. 3857).

Relacionando-se com esta perspetiva, o estudo de Dias et al. (2023) procurou caracterizar os doentes dependentes e os seus cuidadores, através da análise das características sociodemográficas, grau de dependência e antecedentes de patologia depressiva dos cuidadores. Os autores do estudo concluíram que as principais causas de dependência dos utentes seguidos em contexto domiciliário são de etiologia cardiovascular, psicológica e osteoarticular (mais de 50% dos casos).

Este estudo, demonstra também, que a maioria dos cuidadores são mulheres com um grau de parentesco próximo com o utente dependente, estes dados correspondem à realidade descrita noutros estudos realizados em Portugal, nomeadamente o estudo de Trindade et al. (2017) que, refere que a maioria dos cuidadores não dispõe de qualquer tipo de apoio nas tarefas inerentes ao cuidar da pessoa dependente, facto que poderá contribuir diretamente para explicar o nível de sobrecarga observado, reforçando os resultados de Trindade et al. (2017) quanto à necessidade de suporte adequado para prevenir ou reduzir a sobrecarga do cuidador.

O conceito de dependência está intimamente ligado à incapacidade da pessoa em satisfazer de forma autónoma as suas necessidades básicas. Uma pessoa dependente necessita de apoio de terceiros para assegurar a sua sobrevivência e bem-estar. A dependência surge como consequência de um défice que limita a funcionalidade da pessoa, resultante de um processo patológico ou de um acidente. Esta limitação não pode ser totalmente ultrapassada por recursos ou ajudas técnicas, pelo que requer a intervenção direta de outra pessoa.

Assim, entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo em alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, devido à impossibilidade de realizar determinadas tarefas ou adotar comportamentos sem auxílio externo (Sequeira, 2018).

2.2.3. Prestador de cuidados da pessoa dependente

O prestador de cuidados da pessoa dependente é um cuidador não remunerado, geralmente familiar ou amigo próximo, que assume voluntariamente a responsabilidade contínua de prestar cuidados a uma pessoa dependente no domicílio (Sequeira, 2010).

Na maioria dos casos, é a própria família que assume este papel, organizando-se para responder às necessidades do membro dependente. A prestação de cuidados, enquanto processo interativo, exige uma reorganização do funcionamento familiar, sendo que a identificação das dificuldades no desempenho dessa função favorece o desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas, essenciais para construir relações sólidas e implementar mecanismos de *coping* eficazes (Figueiredo, 2012).

“Ao longo dos tempos, a família tem vindo a adaptar-se face às alterações em diferentes contextos, sejam eles sociais, económicos e de saúde, entre outros. É função básica da família a proteção da saúde dos seus membros e a prestação de cuidados quando eles necessitam. O prestador de cuidados experimenta uma transição de papéis enquanto o familiar dependente experimenta uma transição saúde-doença.” (Figueiredo 2023, p. 270)

Paralelamente ao conceito de pessoa dependente, existe o conceito de cuidador. Segundo Ferreira, Alexandre e Lemos (2011), Wanderley (1998, como citado por Ferreira, Alexandre e Lemos, 2011) define cuidador como:

“aquele que desempenha a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um parente, que assume esse papel a partir das relações familiares ou até um profissional, especialmente treinado para tal fim” (p.400).

A transição de um membro da família para o papel de cuidador de uma pessoa dependente constitui um processo complexo, caracterizado por múltiplos desafios emocionais, práticos e sociais. Segundo Petronilho (2010), essa transição envolve várias fases, nomeadamente o regresso a casa, a adaptação às novas necessidades, e a redefinição

das dinâmicas familiares, que exigem um acompanhamento adequado por parte dos profissionais de saúde, segundo as necessidades da família.

O cuidar de uma pessoa dependente, supõe um acumular de tarefas, que podem colocar o cuidador em risco de sobrecarga, uma vez que a prestação de cuidados é uma jornada continua requerendo várias horas por dia envolvidas nesta prestação. Muitas vezes os cuidadores negligenciam a sua própria saúde em prol da pessoa que cuidam (Trindade et al, 2017).

Como já foi citado anteriormente, o estudo de Rico-Blázquez et al., (2022), evidencia que a sobrecarga é mais sentida nas mulheres cuidadoras, uma vez que, nas sociedades atuais as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, o que gera conflitos com as demandas socioeconómicas.

No estudo realizado por Trindade et al, intitulado “Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da USF Descobertas”, refere também que:

“Paralelamente à sobrecarga existe uma vertente que aponta para benefícios e ganhos do cuidador como a sensação de maior utilidade, aprendizagem de novas aptidões, atribuição de significado ao próprio, cumprimento de um dever e relação de companheirismo com o indivíduo alvo de cuidados.” (Trindade et al. 2017, p. 179).

França et al., (2022) reforçam mais uma vez que as dificuldades identificadas pelos cuidadores são a nível físico, resultado do esforço constante exigido pelo cuidar diário, expressando a necessidade de apoio de outro cuidador ou da rede formal, que permita períodos de descanso e ajude a prevenir a sobrecarga. Neste estudo sobre a conceção de cuidados de enfermagem dirigida aos prestadores de cuidados, França et al., (2022) salientam que os enfermeiros devem direccionar os seus cuidados não só para o utente dependente, mas também para cada cuidador de uma forma individualizada, prestando assim cuidados de enfermagem basilares para apoiar o cuidador.

Melo et al., (2014) destacam também na revisão integrativa da literatura sobre as necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente, que os mesmos enfrentam elevados níveis de sobrecarga física e emocional, resultantes da prestação constante de cuidados. Esta revisão integrativa comprova que o conhecimento do cuidador é fundamental para reduzir a sobrecarga e promover competências adequadas ao seu papel.

Referem também que as intervenções de enfermagem devem responder de forma adequada às necessidades dos cuidadores familiares. O estudo sublinha ainda a pertinência de políticas de apoio, suporte emocional e acesso a redes comunitárias.

Um estudo de Barbosa et al. (2014), apresentou que Portugal tem a taxa mais elevada de cuidados no domicílio (12.4%), demonstra também que a prestação de cuidados às pessoas dependentes recai, em grande medida, sobre indivíduos com 50 ou mais anos, reforçando a necessidade de estratégias de intervenção adaptadas a esta realidade.

Os cuidadores familiares podem sentir-se motivados a prestar cuidados por diversas razões, incluindo sentimentos de amor ou reciprocidade, realização espiritual, senso de dever, culpa, pressões sociais ou, em casos excepcionais, interesses materiais (Brodaty e Donkin, 2009).

Aqueles motivados por dever, culpa ou normas sociais e culturais tendem a apresentar maior risco de ressentimento relativamente ao seu papel, assim como de sofrimento psicológico, quando comparados com cuidadores que possuem motivações mais positivas.

Por outro lado, cuidadores que reconhecem aspetos mais benéficos da sua função experienciam menor sobrecarga, melhor saúde e qualidade de relações interpessoais, bem como maior apoio social (Brodaty e Donkin, 2009).

2.2.4. Sobrecarga do cuidador e importância da sua avaliação

A sobrecarga do cuidador foi inicialmente conceptualizada por Zarit et al. (1980), que identificaram sintomas como stress, fadiga e depressão, ainda hoje frequentemente reportados na literatura.

A sobrecarga do cuidador não se limita ao desgaste físico e emocional; afeta igualmente as relações sociais, a vida financeira e a qualidade de vida. Esta sobrecarga surge muitas vezes devido à acumulação de tarefas, à falta de apoio formal e ao impacto emocional do cuidar contínuo.

As dificuldades que a família enfrenta na prestação de cuidados estão frequentemente associadas à falta de conhecimento, recursos e apoio social. Mesmo quando dispõe de competências e saberes que lhe permitiriam prestar cuidados adequados, podem surgir obstáculos na sua efetiva implementação, para além da dificuldade em gerir tensões entre os membros familiares e de mobilizar estratégias alternativas que, num conjunto de múltiplos fatores, permitam manter um funcionamento familiar capaz de responder de forma equilibrada às necessidades de todos os seus membros (Figueiredo, 2012).

Estas dificuldades contribuem diretamente para a sobrecarga do cuidador, definida como um estado subjetivo e multidimensional que engloba consequências negativas físicas, emocionais, sociais e económicas derivadas da prestação prolongada de cuidados (Sequeira, 2010).

Petronilho (2010) destaca-a como uma das principais consequências da transição familiar, relacionada com a escassez de recursos, a incerteza sobre o prognóstico e a complexidade dos cuidados prestados. Reconhecer cedo os sinais de sobrecarga permite desenvolver intervenções mais adequadas, aliviando os efeitos negativos tanto para o cuidador como para a pessoa dependente.

Em 2010, Carlos Augusto da Cruz Sequeira realizou um estudo com o objetivo de validar a Escala de Zarit para a população portuguesa. No artigo de investigação, “Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit”, Carlos Sequeira conclui que:

“A escala de sobrecarga do cuidador de Zarit constitui um instrumento fiável, com boas características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. Assim, sugere-se a sua utilização quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais. Por outro lado, a utilização da escala de sobrecarga em termos de investigação, permite avaliar as repercussões negativas associadas ao cuidar numa determinada população e estabelecer comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores.” (Sequeira, 2010, p. 15).

Neste mesmo artigo, o autor menciona que o estudo da sobrecarga dos prestadores de cuidados, constitui uma prioridade de saúde pública, explicando também, que o cuidar de pessoas dependentes pode acarretar para o prestador de cuidados, alterações negativas na sua qualidade de vida, originando impactos negativos na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongado a nível físico e psíquico (Sequeira, 2010).

Desta forma, cuidar de quem cuida é de extrema importância, e nós enquanto ESF integrantes de uma equipa de saúde comunitária que cuida de famílias de uma forma holística, devemos acolher às necessidades tanto dos indivíduos dependentes quanto de seus cuidadores, possibilitando que os cuidadores possam também cuidar de sua própria saúde e bem-estar.

A aplicabilidade da Escala de Zarit nos CSP é uma mais-valia, sendo um instrumento rápido e simples de avaliação objetiva e subjetiva da sobrecarga do cuidador, e daí resultar estratégias de intervenção, elaboradas pelo enfermeiro de família juntamente com a família, para melhorar a qualidade de vida do cuidador e reduzir a sobrecarga.

Dias et al. (2023) realizaram um estudo intitulado *Sobrecarga dos Cuidadores Informais nos Cuidados de Saúde Primários*, publicado na *Gazeta Médica*. Os autores corroboram a perspectiva apresentada por Sequeira (2010), afirmando que a sobrecarga associada ao cuidado de pessoas dependentes constitui um fenómeno complexo, que abrange dimensões físicas, emocionais e sociais. Esta sobrecarga compromete a qualidade de vida do cuidador, bem como a eficácia do cuidado prestado.

Dias et al. (2023) reforçam a importância da aplicação da “Escala de Zarit” na avaliação da sobrecarga do cuidador, uma vez que é uma ferramenta que identifica o impacto do cuidado no bem-estar do cuidador,

“a conjugação entre o esforço físico, o desgaste emocional e a falta de apoio adequado no contexto dos cuidados primários são determinante para o aumento da sobrecarga” (Dias et al., 2023 p. 175).

Dias et al. (2023) salientam também,

“a intervenção do enfermeiro é fundamental para identificar precocemente sinais de sobrecarga e implementar estratégias personalizadas de suporte” (Dias et al., 2023 p. 177).

Esta informação reforça a importância do ESF na deteção precoce da sobrecarga, assim como, na aplicação de estratégias que promovam o suporte emocional e educacional do cuidador.

Uma revisão integrativa realizada por Oliveira et al. (2021), tem tido como objetivo identificar na literatura instrumentos para avaliar a qualidade de vida e a sobrecarga em cuidadores e sua aplicabilidade com essa população, identificou que a gravidade da doença da pessoa dependente, a ausência de apoio social e a falta de estratégias de *coping* eficazes são determinantes na sobrecarga, reforçando a importância da deteção precoce e contínua.

2.2.5. Intervenções do enfermeiro de família e ESF

A intervenção destes profissionais é determinante para reduzir a sobrecarga, promover a adaptação do cuidador ao seu papel e assegurar a continuidade do cuidado domiciliar (Petronilho, 2010).

“A enfermagem de saúde familiar, fundamentada no conceito da OMS, colocaria os enfermeiros dos CSP numa posição de destaque para promover a saúde familiar e assumir-se como organizador de recursos que possibilitam a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e proativos.” (Figueiredo 2023, p. 51).

A intervenção destes profissionais é determinante para reduzir a sobrecarga, promover a adaptação do cuidador ao seu papel e assegurar a continuidade do cuidado domiciliar (Petronilho, 2010).

Os ESF são muitas vezes solicitados a apoiar cuidadores que vivem com uma sobrecarga intensa, sentindo-se muitas vezes incapazes de prestar cuidados adequados aos seus familiares. As próprias famílias cuidadoras sentem a necessidade de procurar e mobilizar os recursos existentes nas comunidades, os quais, porém, revelam-se por vezes insuficientes para dar resposta às exigências do cuidar. Muitas das vezes os cuidadores trabalham, não conseguindo estar totalmente disponível para o cuidar.

O risco de stress do prestador de cuidados é uma realidade presente nas sociedades desenvolvidas. As equipas dos CSP são a primeira linha de apoio aos cuidadores de utentes dependentes, o ESF deve implementar intervenções de enfermagem do tipo informar/educar para o papel de prestador de cuidados, para além de disponibilizar apoio emocional, informação sobre recursos da comunidade, entre outros, evidenciando a importância destes profissionais na prevenção/redução da sobrecarga inerente ao papel de prestador de cuidados de uma pessoa dependente.

Figueiredo (2023), no seu livro *Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*, apresenta o Modelo de Apoio à Mestria do Cuidador Informal de Andrade (2014), este foi desenvolvido a partir de investigação-ação e integrou-se na co-construção do modelo de reorganização dos cuidados de enfermagem, articulando os conceitos do modelo de transições de Meleis et al. (2000), da teoria do défice de autocuidado, de Orem (1995) e dos contributos de Schumacher et al. (2000) (Figueiredo, 2023).

Através deste modelo de apoio, a transição do familiar para o papel de cuidador é facilitada, considerando como fatores que podem facilitar ou dificultar este processo os próprios atributos do prestador de cuidados. A implementação do modelo evidencia a importância de uma intervenção estruturada e personalizada do ESF, adaptar as necessidades individuais dos cuidadores e das famílias (Figueiredo, 2023).

Estudos mais recentes reforçam esta perspectiva e indicam para a importância da articulação entre ESF e as famílias cuidadoras, seja pela promoção da literacia em saúde, pelo suporte emocional ou pela articulação com recursos da comunidade para prevenir ou reduzir a sobrecarga. Viegas e Rodrigues (2022) reforçam esta ideia, demonstraram através de um estudo intitulado “Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga”, que a implementação de um programa psicoeducativo dirigido aos cuidadores familiares reduziu significativamente os níveis de sobrecarga. Viegas e Rodrigues (2022), referem que a intervenção de enfermagem, de fácil aplicação, ajuda o cuidador a adquirir habilidades para lidar com o *caregiving*, mantendo a função social de cuidar do familiar.

Este estudo reforça, mais uma vez, a importância do acompanhamento da transição para a função de cuidador de pessoa dependente, que constitui um momento de particular relevância para a enfermagem de saúde familiar, devido aos efeitos que pode ter na pessoa cuidada, no cuidador e no sistema familiar.

A intervenção do ESF deve, portanto, centrar-se na prevenção ou minimização do risco de sobrecarga, na promoção do bem-estar, na otimização do funcionamento familiar e no reforço das capacidades de autocuidado, apoiando as pessoas dependentes e as famílias a vivenciarem os processos de transição de forma mais saudável e equilibrada, evidenciando igualmente a importância de intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades individuais de cada família.

Tendo em conta as implicações biopsicossociais sobre os cuidadores de pessoas dependentes, é decisivo haver uma intervenção multidisciplinar, quer ao cuidador, quer à pessoa cuidada, sendo necessário uma articulação precoce dos cuidados do médico e do enfermeiro de família, tal como de outros profissionais de saúde e recursos da comunidade (Dias et al., 2023). Este estudo reforça a importância do apoio governamental ou autárquico na implementação de medidas que procuram reduzir a prevalência deste problema.

De forma complementar, é importante que em cada consulta sejam transmitidas medidas preventivas, como incentivar a uma boa rede de apoio familiar de intersubstituição, sensibilizar os cuidadores para a realização de atividades promotoras da saúde mental e

promover o ensino sobre a identificação precoce de sintomas relacionados com a sobrecarga (Dias et al., 2023), pontos que já têm sido referidos e reforçados por outros autores e bem evidenciados em estudos.

Rico-Blázquez et al., (2022), reforçam também que o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel vital no acompanhamento dos cuidadores, proporcionando suportes quer a nível educacional, como emocional e social, para além de facilitar a articulação com outras redes de apoio. Intervenções de enfermagem que vão de encontro às necessidades individuais dos cuidadores, são essenciais para melhorar a qualidade de vida e prevenir a sobrecarga.

Outros estudos internacionais evidenciam a importância das intervenções de enfermagem, nomeadamente Wang et al. (2018) que demonstrara a importância do suporte técnico e psicológico em cuidadores de pessoas com demência e Zhang et al. (2024) evidenciaram que programas educativos conduzidos por enfermeiros aumentam a confiança e reduzem riscos no cuidado no domicílio.

2.2.6. Referencial Teórico de suporte à prática de enfermagem de saúde familiar

A ESF, enquanto área específica da disciplina de enfermagem, baseia a sua prática e evolução teórica em referenciais próprios, complementados por contributos de outras áreas do conhecimento. Desta forma, o desenvolvimento teórico e o corpo de saberes da ESF emergem da combinação de teorias das ciências sociais, de modelos de terapia familiar e de fundamentos das teorias de enfermagem (Figueiredo, 2023).

A utilização de uma única perspetiva teórica é limitadora da ação dos enfermeiros, uma vez que, nenhuma teoria, modelo ou conceito único explica devidamente as relações complexas de estrutura, função e processo familiar, sendo relevante os enfermeiros de saúde familiar recorrerem às várias teorias (Kaakinen et al., 2018).

A compreensão da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente implica um enquadramento teórico que considere a complexidade sistémica da família, para além da perspetiva centrada apenas no indivíduo. O pensamento sistémico oferece um referencial indispensável para a ESF, permitindo analisar a família como um sistema interativo e adaptativo, em que as interações entre os seus membros influenciam o equilíbrio, a saúde e o bem-estar do cuidador e do conjunto familiar (Kaakinen et al., 2018).

A Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig von Bertalanffy, define família como um sistema de elementos interdependentes que interagem entre si e com o meio envolvente, formando um todo coerente. Aplicada ao contexto da saúde e da enfermagem, esta teoria permite compreender que nenhum indivíduo ou comportamento pode ser analisado isoladamente, pois cada elemento está em constante interação com os demais componentes do sistema (Figueiredo, 2012).

Segundo a Teoria Sistémica Familiar, a família é entendida como um sistema aberto, dinâmico e interdependente, em constante interação com o seu contexto físico, social e emocional (Pusa, Saveman e Sundin, 2022). As alterações que surgem num dos seus elementos repercutem-se em todo o sistema, podendo originar desequilíbrios e exigir processos de readaptação (Figueiredo, 2012).

O ESF, enquanto profissional que intervém junto e com a família, desempenha o papel de agente facilitador do equilíbrio sistémico, apoiando os processos de adaptação e reorganização familiar (Figueiredo, 2012).

Nesta perspetiva, o comportamento de um indivíduo não pode ser interpretado de forma isolada, deve ser analisado em função das interações, padrões de comunicação, fronteiras e subsistemas presentes na família. A teoria enfatiza ainda a tendência natural do sistema para a homeostase, de modo a manter o equilíbrio diante de alterações ou crises, como ocorre quando surge a necessidade de cuidar de um familiar dependente (Bousso, 2008).

A utilização deste referencial teórico permite ao ESF avaliar as funções de cada elemento da família, identificar recursos e limitações, e planear intervenções que promovam a coesão, a adaptação e a redistribuição de responsabilidades, prevenindo a sobrecarga do cuidador e reforçando o funcionamento sistémico da família (Bousso, 2008).

Dentro da perspetiva sistémica familiar aplicam-se diversos conceitos essenciais para a prática da ESF. Entre eles, destacam-se os subsistemas familiares, cada um com funções próprias e interdependentes dentro do sistema global, as regras e papéis familiares, o comportamento dos membros, a comunicação familiar determinante na construção dos padrões de interação, coesão, conflito ou adaptação do sistema (Pusa et al., 2022).

Além disso, os padrões transgeracionais, que incluem crenças, valores, estilos de comunicação e modos de lidar com o stress, atravessam gerações e influenciam a resposta do sistema a situações de saúde ou doença. Por fim, a mudança e adaptação permitem que, frente a eventos críticos, como doença grave ou transições do ciclo de vida, o sistema

familiar mobilize recursos para restabelecer seu funcionamento ou enfrente padrões de desajuste (Pusa et al., 2022).

Para a ESF, a Teoria Sistêmica Familiar constitui um referencial essencial, pois permite considerar a família como unidade de cuidado, compreendendo como eventos de saúde (nomeadamente doença, envelhecimento e luto) afetam papéis, comunicação e estrutura familiar, exigindo reorganização do sistema para manter a funcionalidade. Esta teoria sustenta intervenções que fortalecem recursos familiares, promovem adaptação e modificam padrões disfuncionais de interação que demonstram melhorias na compreensão mútua e na gestão do processo familiar (Pusa et al., 2022).

Além disso, facilita a integração da promoção da saúde e prevenção, reconhecendo a relação entre saúde individual e padrões relacionais familiares, e apoia a ação da enfermagem na clarificação de papéis, melhoria da comunicação e definição de fronteiras, contribuindo para o bem-estar e literacia em saúde familiar (Pusa et al., 2022).

A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, desenvolvida por Bronfenbrenner, em 2005, e aprofundada por Rosa e Tudge, em 2013, complementa a perspectiva sistêmica ao integrar a influência dos contextos sociais, culturais e temporais sobre a família e os seus membros.

Esta teoria identifica diferentes níveis de influência sobre o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo: o microssistema, que inclui relações próximas como a do cuidador e da pessoa dependente; o mesossistema, correspondente às interações entre diferentes ambientes próximos, como família, serviços de saúde e trabalho; o exossistema, que engloba fatores indiretos, como políticas sociais e condições laborais; o macrosistema, que compreende valores culturais e normas sociais; e o cronossistema, que considera alterações e transições ao longo do tempo (Rosa & Tudge, 2013).

A aplicação desta abordagem permite ao ESF compreender que a sobrecarga do cuidador não depende exclusivamente das interações familiares, mas também de múltiplos fatores externos que podem agravar ou mitigar a experiência de cuidado, orientando intervenções que promovam recursos sociais, redes de apoio e políticas de suporte ao cuidador (Rosa & Tudge, 2013).

A articulação destas teorias com as competências preconizadas pela IFNA (2017) para a enfermagem de saúde familiar avançada permite que o enfermeiro desenvolva uma prática holística, centrada na família, baseada em evidência científica e sensível às necessidades individuais e contextuais.

Entre estas competências destacam-se a avaliação e intervenção familiar, a promoção da resiliência e do empoderamento do cuidador, a comunicação terapêutica, a sensibilidade cultural e ética e a liderança em diferentes contextos (IFNA, 2017).

A integração da perspetiva sistémica permite que o ESF aplique essas competências na prática, identificando os desequilíbrios internos à família e planeando intervenções que promovam a redistribuição de responsabilidades, o autocuidado do cuidador, o acesso a recursos comunitários e a implementação de estratégias de *coping* e gestão do stress (Figueiredo, 2023).

Além disso, a perspetiva bioecológica evidencia a influência de fatores sociais, económicos, culturais e temporais na experiência de cuidado, permitindo ao ESF compreender como o contexto externo contribui para a sobrecarga do cuidador (Rosa & Tudge, 2013).

No contexto específico da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente, a conjugação da Teoria Sistémica Familiar e da Teoria Bioecológica fornece ao ESF uma base conceptual robusta para compreender a complexidade do fenómeno e intervir de forma estruturada. A abordagem sistémica permite identificar as funções desempenhadas pelos diferentes membros e as dinâmicas relacionais que podem estar a sobrecarregar o cuidador (Figueiredo, 2023), enquanto a perspetiva bioecológica evidencia a influência de fatores sociais, económicos, culturais e temporais na experiência de cuidado (Rosa & Tudge, 2013).

A prática avançada de enfermagem familiar, sustentada nas competências da IFNA, orienta a implementação de intervenções que visam reduzir a sobrecarga, promover a resiliência, fortalecer a coesão familiar e melhorar o bem-estar de todos os membros da família, integrando avaliação, planeamento e intervenção em múltiplos níveis do sistema familiar e do contexto em que este se insere (IFNA, 2017).

Para operacionalizar estas abordagens teóricas na prática clínica portuguesa, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) apresenta-se como um referencial teórico e operativo relevante. Desenvolvido por Figueiredo (2012) com o propósito de atender às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados à família, o MDAIF orienta as práticas de enfermagem com a família como alvo central.

Este modelo estrutura a avaliação familiar em três dimensões, a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional, permitindo ao enfermeiro obter um conhecimento mais amplo e detalhado da família.

Dessa forma, o MDAIF traduz os conceitos das teorias sistémica e bioecológica em ações concretas, possibilitando a formulação de planos de intervenção fundamentados numa visão holística da família, adequados ao contexto cultural e social português, Figueiredo (2012).

As teorias e modelos de enfermagem constituem uma base fundamental para compreender e dar sentido à prática profissional, garantindo um exercício rigoroso, fundamentado em pressupostos científicos e filosóficos (MCEEC, 2023).

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) organiza-se em três categorias principais, estrutural, de desenvolvimento e funcional, permitindo ao enfermeiro compreender de forma aprofundada a composição da família, os padrões de interação, o ciclo de vida e o funcionamento diário, constituindo uma base sólida para a planificação de intervenções (Monteiro et al., 2016).

O Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) articula os domínios de funcionamento familiar, cognitivo, afetivo e comportamental, com estratégias de intervenção, traduzindo a avaliação em ações concretas de enfermagem junto da família (Monteiro et al., 2016).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC, 2023) recomenda o uso do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e Modelo de Calgary de Intervenção Familiar (MCIF) como referenciais teóricos centrais no desenvolvimento de competências especializadas de ESF em Portugal, considerando que estes modelos permitem um olhar sistémico sobre a família, avaliando de forma integrada a sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento.

O MCAF e MCIF possibilitam uma avaliação transversal das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional da família, traduzindo conceitos teóricos em ações concretas de enfermagem. Estes modelos apresentam uma abordagem multidimensional, enraizada nas teorias de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, com influência do pós-modernismo e da biologia da cognição, permitindo um olhar sistémico sobre a família e sendo reconhecido pelo *International Council of Nurses* (ICN) como instrumento orientador e sistematizador das boas práticas de ESF (MCEEC, 2023).

Apresentado o referencial teórico norteador da prática, de forma resumida, passa-se ao desenho de investigação no âmbito da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes, recorrendo a uma abordagem mista, o que permite avaliar a sobrecarga, analisar os seus determinantes e as respostas e estratégias de intervenção da ESF.

2.3. METODOLOGIA

Após a elaboração do enquadramento teórico apresentado, que evidencia a importância do estudo da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes e a intervenção estratégica do ESF na sua mitigação, torna-se agora essencial apresentar a metodologia utilizada nesta investigação.

Este capítulo descreve, de forma detalhada o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos adotados e a análise prevista, assegurando rigor científico, transparência e respeito pelos princípios éticos da investigação em saúde.

A metodologia selecionada possibilita compreender de forma aprofundada as experiências e percepções dos cuidadores de pessoas dependentes e dos enfermeiros, possibilitando a identificação de estratégias de intervenção eficazes e adequadas ao contexto dos CSP.

2.3.1. Justificação da problemática

Apesar de, nas sociedades atuais, se verificar que a baixa natalidade, associada ao aumento da esperança de vida e ao crescimento de doenças crónicas não transmissíveis e incapacitantes, ainda existem na literatura algumas lacunas importantes no que se refere ao papel do cuidador familiar e do impacto do cuidar na sua qualidade de vida. São apresentados vários resultados de estudos que investigam estratégias eficazes no apoio ao cuidador ou da família cuidadora, estratégias estas que permitem identificar intervenções que sejam adaptáveis às diferentes realidades familiares e sociais.

Apesar de existirem instrumentos de avaliação para monitorizar a sobrecarga do cuidador, verifica-se que as intervenções de enfermagem implementadas nem sempre correspondem às necessidades dos cuidadores, uma vez que nem o enfermeiro, nem o suporte familiar ou comunitário conseguem colmatar as lacunas que contribuem para o stress associado ao cuidado da pessoa dependente, como referem Becqué et al. (2025), num estudo intitulado “Falha na implementação de uma intervenção de enfermagem para apoiar cuidadores familiares: um estudo de avaliação utilizando a Teoria do Processo de Normalização”.

Neste estudo, os enfermeiros relataram que a formação relativa à Ferramenta de Avaliação das Necessidades de Apoio ao Cuidador lhes permitiu aprimorar a qualidade do suporte prestado aos cuidadores familiares. No entanto, a implementação prática da ferramenta mostrou-se incapaz de resolver totalmente as lacunas de suporte, apesar de ter contribuído para reduzir parcialmente a sobrecarga e promover algum bem-estar nos cuidadores.

Assim, apesar de existirem estudos nacionais e internacionais importantes, ainda há pouca evidência sobre a eficácia das intervenções do ESF e sobre a implementação de políticas públicas sólidas de apoio aos cuidadores de pessoas dependentes. Em Portugal, embora haja pesquisas que descrevem a população de cuidadores e avaliam os níveis de sobrecarga em diferentes contextos, persistem lacunas importantes, especialmente a necessidade de estudos longitudinais, já que a maioria das pesquisas é transversal e foca-se em dados sociodemográficos, não permitindo acompanhar a evolução da sobrecarga ao longo do tempo.

Além disso, há escassez de investigação que avalie de forma concreta o impacto das estratégias de intervenção do ESF, mesmo considerando que o seu desempenho é central nos CSP. O apoio formal e comunitário continua insuficiente, tornando ainda mais urgente a realização de estudos que sustentem medidas estruturadas de apoio ao cuidador.

A pertinência desta investigação é reforçada pela prioridade de saúde pública que a sobrecarga do cuidador representa, uma vez que identificar e implementar medidas de apoio adequadas pode contribuir para a redução do impacto físico, emocional e social associado ao cuidar (Sequeira, 2010; Trindade et al., 2017).

Assim, torna-se essencial aprofundar o conhecimento nesta área, garantindo que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros de família, disponham de ferramentas e estratégias eficazes para apoiar os cuidadores familiares de forma consistente e baseada em evidência.

2.3.2. Questão de Investigação, finalidade e objetivos

Questões de investigação:

Qual a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do norte do país?"

“Como são percebidas as intervenções do enfermeiro de família na redução da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes, na perspectiva dos cuidadores e dos enfermeiros?”

Finalidade:

Contribuir para a inovação das práticas clínicas, prevenir a sobrecarga dos cuidadores e, dessa forma, promover o seu bem-estar, quer do cuidador, quer da família cuidadora.

Objetivos:

- Avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes;
- Analisar os determinantes da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes;
- Analisar as percepções dos cuidadores e dos enfermeiros de família sobre as intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga do cuidador.

2.3.3. Tipo de estudo

O estudo seguirá a estratégia metodológica de estudo de caso, adequada para compreender fenómenos complexos no seu contexto real (Yin, 2003).

Esta escolha justifica-se por permitir uma análise aprofundada e contextualizada das experiências e percepções dos cuidadores de pessoas dependentes e dos enfermeiros de família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, que possibilita uma análise profunda das experiências e percepções dos cuidadores de pessoas dependentes e dos enfermeiros de família, dentro do seu contexto natural (Yin, 2003).

O objetivo deste estudo é conhecer as perspectivas dos cuidadores de pessoas dependentes e dos enfermeiros de família sobre as intervenções de enfermagem de saúde familiar e seu impacto na sobrecarga dos cuidadores. Através do estudo de caso, é possível explorar detalhadamente as experiências e percepções de ambos os grupos, proporcionando uma visão rica e detalhada das dinâmicas e interações envolvidas.

Além disso, o estudo de caso permite uma análise intensiva de um grupo específico de participantes, neste caso, os cuidadores e enfermeiros de uma USF no norte do país. Essa abordagem é ideal para capturar as nuances e complexidades das experiências individuais e

coletivas, oferecendo percepções profundos que métodos quantitativos mais amplos podem não conseguir alcançar.

O recurso à Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980) complementa a abordagem qualitativa, favorecendo a triangulação de dados reforçando a robustez dos resultados.

Adicionalmente, o estudo de caso é particularmente eficaz para investigar questões de “como” e “porquê”, que são centrais para este estudo. Especificamente, as questões de investigação “Qual a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do norte do país?” e “Como são percecionadas as intervenções do enfermeiro de família na redução da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes, na perspetiva dos cuidadores e dos enfermeiros?” são melhor abordadas através de um estudo de caso, que permite uma exploração detalhada dos processos e resultados em um contexto específico. O estudo de caso é particularmente indicado para responder a questões do tipo “como” e “porquê”, permitindo captar dinâmicas interativas e experiências subjetivas dos participantes num contexto real e delimitado (Yin, 2003).

Portanto, a escolha do estudo de caso como abordagem metodológica é adequada e essencial para alcançar os objetivos gerais e específicos deste estudo, proporcionando uma compreensão rica e detalhada das intervenções de enfermagem e da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes.

2.3.4. População, Amostra e Participantes no estudo

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa, permitindo uma compreensão mais abrangente do fenómeno da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e das intervenções dos enfermeiros de saúde familiar.

População-alvo:

Cuidadores de pessoas dependentes de uma USF do norte de Portugal;

Enfermeiros de família em exercício na mesma USF.

Participantes – cuidadores:

A componente quantitativa visou caracterizar os cuidadores de pessoas dependentes da USF, nomeadamente o seu perfil sociodemográfico e o nível de sobrecarga associado ao cuidado da pessoa dependente.

A amostra foi não probabilística por conveniência, integrando todos os cuidadores que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar voluntariamente durante o período de recolha de dados.

Crítérios de inclusão:

Ser cuidador principal de uma pessoa dependente inscrita na USF;

Ter idade igual ou superior a 18 anos;

Concordar em participar mediante consentimento informado.

Crítérios de exclusão:

Cuidadores de utentes não inscritos na USF;

Cuidadores com limitações cognitivas que impedissem a compreensão ou resposta ao instrumento.

A população-alvo do estudo era constituída por 40 cuidadores de pessoas dependentes inscritos na USF. A amostra incluída foi de 15 cuidadores, correspondendo àqueles que aceitaram participar voluntariamente e que estavam disponíveis durante o período de recolha de dados.

Esta limitação deveu-se ao tempo disponível para a realização do estudo, sendo a amostra suficiente para a componente qualitativa e exploratória, permitindo recolher dados detalhados sobre a experiência da sobrecarga no cuidar de pessoas dependentes e as intervenções do enfermeiro de saúde familiar.

Apesar de não permitir generalizações estatísticas para toda a população, a amostra revelou-se adequada para o alcance dos objetivos do estudo, proporcionando informações significativas sobre o fenómeno em análise.

Para a vertente qualitativa, os mesmos cuidadores participaram em entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente, gravadas com consentimento dos participantes e posteriormente transcritas para análise de conteúdo.

As entrevistas foram conduzidas até atingir a saturação de dados.

Participantes – enfermeiros

A amostra incluiu todos os enfermeiros da USF que cumpriam os critérios de inclusão e estavam disponíveis para participar, totalizando seis participantes.

CrITÉRIOS de inclusão:

Enfermeiros em exercício na USF;

Aceitar participar voluntariamente.

CrITÉRIOS de exclusão:

Enfermeiros de outras USF.

Foram entrevistados seis enfermeiros.

A amostra incluiu todos os enfermeiros da USF com experiência no acompanhamento de famílias com pessoas dependentes disponíveis durante o período de recolha de dados, perfazendo um total de seis participantes.

Destes, dois eram EEECASF e os restantes eram enfermeiros de família sem formação especializada, mas com experiência prática na USF.

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas individualmente, gravadas com consentimento dos participantes e transcritas para análise de conteúdo, garantindo a diversidade de experiências e perspetivas sobre a sobrecarga dos cuidadores e as intervenções de enfermagem.

2.3.5. Instrumentos de Recolha de Dados

Serão utilizados para a recolha de dados os seguintes instrumentos:

Escala de Zarit: A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview), elaborada por Steve Zarit em 1980 e validada para a população portuguesa por Carlos Sequeira em 2010 (anexo I) será utilizada (já foi aprovada pelos autores a sua utilização, anexo II) para avaliação ao grau da sobrecarga dos prestadores de cuidados dos utentes dependentes.

Entrevista semiestruturada: construída pela investigadora (Anexo III), dirigida aos cuidadores de pessoas dependentes e aos enfermeiros de família. O guião incluirá perguntas abertas sobre as vivências do cuidar, dificuldades sentidas, apoios disponíveis, e perceção sobre as intervenções de enfermagem na redução da sobrecarga.

2.3.6. Propriedades psicométricas dos instrumentos de estudo

No presente estudo foram utilizados dois tipos de instrumentos de recolha de dados, com abordagens metodológicas complementares: dados quantitativos, incluindo o perfil sociodemográfico dos cuidadores e dos enfermeiros, bem como a avaliação da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit; e dados qualitativos, obtidos através de um guião de entrevista semiestruturada.

Enquanto os dados quantitativos permitem análise estatística baseada em propriedades psicométricas previamente validadas (no caso da Escala de Zarit), os dados qualitativos não possuem propriedades estatísticas, sendo a sua fiabilidade e validade asseguradas através da avaliação de conteúdo por peritos e de pré-teste aos participantes da população-alvo.

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit foi desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980) e é reconhecida internacionalmente como um instrumento válido e fiável para avaliar a sobrecarga percebida pelos cuidadores de pessoas dependentes. Esta permite identificar o impacto emocional, físico, social e financeiro associado ao cuidado, oferecendo uma visão abrangente das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores.

A escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Sequeira (2010), apresentando excelente consistência interna, com *alfa de Cronbach* superior a 0,80, ($\alpha = 0,93$).

Segundo Sequeira (2010), a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit apresenta boas características psicométricas, revelando-se ser um instrumento fiável utilização tanto na prática clínica como para a investigação.

Na versão original, era constituída por 29 questões, posteriormente a escala foi revista e reduzido o número de questões para 22. Cada item da escala é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3);

muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Após o seu preenchimento, obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte, inferior a 46 – Sem sobrecarga, entre 46 a 56 – Sobrecarga ligeira e Superior a 56 – Sobrecarga intensa.

Caraterização sociodemográfica

Foram recolhidos dados sociodemográficos dos cuidadores e enfermeiros, incluindo idade, sexo, grau de parentesco, formação académica, experiência profissional e tempo de cuidado.

Nos cuidadores, estes dados permitiram caracterizar a amostra em conjunto com a Escala de Sobrecarga de Zarit, enquanto nos enfermeiros serviram apenas como referência contextual para a análise qualitativa, contribuindo para uma compreensão mais completa do fenómeno estudado.

Guião da entrevista

O guião de entrevista semiestruturada foi elaborado especificamente para este estudo, com base nos objetivos de investigação e no enquadramento teórico do estudo, nomeadamente a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e as intervenções do enfermeiro de família.

Procurou-se assegurar a validade de conteúdo, assegurando que as questões eram relevantes para compreender a experiência dos cuidadores de pessoas dependentes, a percepção que tinham sobre qual o papel do enfermeiro de família e quais as suas intervenções, assim como, a perspetiva dos enfermeiros de família relativamente às intervenções de enfermagem na redução da sobrecarga.

Para reforçar a clareza e a adequação das perguntas, o guião foi revisto pela enfermeira tutora de estágio e posteriormente pela gestora pedagógica o que contribuiu para a sua credibilidade e pertinência científica. Foi ainda realizado um pré-teste com um cuidador e uma enfermeira de saúde familiar, o que permitiu verificar a compreensibilidade das questões e proceder a ajustes necessários.

A utilização do guião semiestruturado possibilitou uma abordagem flexível e aprofundada, mantendo consistência entre entrevistas e permitindo a exploração de novas dimensões emergentes, o que reforça a credibilidade e fiabilidade dos dados qualitativos recolhidos.

2.3.7. Procedimentos de Recolha de Dados

A condução do estudo seguiu o seguinte procedimento:

- Contacto com o coordenador da USF, para solicitar autorização para realização do estudo após a provação da comissão de ética (a autorização da Comissão de Ética da ULS encontra-se no anexo V)
- Seleção da população-alvo a integrar o estudo.
- Apresentação da investigadora aos participantes.
- Obtenção do consentimento informado (de cada um dos participantes).
- Recolha dos dados – a recolha de dados será realizada pela investigadora com recurso à utilização da Escala de Zarit e entrevistas semiestruturadas individual aos cuidadores de pessoas dependentes e enfermeiros da USF. As entrevistas serão gravadas se os participantes assim o permitirem e tendo sempre em conta todas as questões éticas inerentes a um estudo de investigação. As entrevistas aos cuidadores e aplicação da Escala de Zarit, podem ser realizadas em contexto domiciliário ou na USF (o objetivo será privilegiar o domicílio, no entanto, sendo opção de o cuidador dirigir-se à USF, esta decorrerá nesta Unidade).
- Análise dos dados;
- Devolução dos dados aos participantes e à USF.

2.3.8. Previsão de Tratamento e Análise de Dados

Dados quantitativos:

- Os dados provenientes da Escala de Zarit serão tratados no software IBM SPSS Statistics® (versão 28);
- Quando aplicável, recorrer-se-á a testes inferenciais (paramétricos ou não paramétricos), de acordo com o nível de mensuração das variáveis e os pressupostos estatísticos (Pestana e Gageiro, 2014);
- Adota-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0.05$).
- A análise de dados foi realizada no SPSS v.28, utilizando métodos descritivos e inferenciais apropriados ao desenho do estudo. Os procedimentos estatísticos completos,

incluindo testes de correlação, independência e cálculo de tamanho do efeito, encontram-se descritos em anexo (Anexo VI).

Dados qualitativos:

- As entrevistas semiestruturadas serão transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, conforme os princípios de Bardin, L. (2016), permitindo identificar categorias e subcategorias e temas recorrentes relacionados com a sobrecarga do cuidador e as intervenções de enfermagem.
- Cada participante será identificado com um código (ex: C1, C2 para cuidadores; E1, E2 para enfermeiros);
- A triangulação de dados entre os dois instrumentos permitirá uma análise mais completa e robusta.

2.3.9. Questões Éticas

Os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem aplicam-se também à investigação em saúde, devendo-se respeitar tanto os direitos inerentes à prestação de cuidados quanto os direitos específicos dos participantes do estudo (Fortin, 2006).

Para esse fim, o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido deve pormenorizar o tipo de estudo, os objetivos, o tempo necessário e eventuais riscos envolvidos. Todas as informações devem ser claras, acessíveis e também transmitidas oralmente, garantindo uma compreensão precisa para uma decisão livre e ponderada. A pessoa deve ser informada do seu direito de terminar a sua participação no estudo a qualquer momento, respeitando sua liberdade e dignidade (Deodato, 2022).

O Consentimento Informado a utilizar encontra-se em anexo (anexo IV).

Foi solicitada autorização para utilização da Escala de Zarit versão Portuguesa (anexo II)

Relativamente às entrevistas será solicitada autorização para a gravação.

O acesso à informação recolhida será restringido à investigadora principal. Todo o material será destruído até 2 meses após a defesa pública do relatório.

2.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos no estudo, organizados de acordo com os objetivos específicos da investigação. A amostra foi constituída por 15 cuidadores de pessoas dependentes e 6 enfermeiros de família, participantes de uma USF do norte de Portugal.

Os dados incluem informações sociodemográficas dos participantes, propriedades psicométricas do instrumento utilizado, bem como os resultados quantitativos e qualitativos relacionados à sobrecarga dos cuidadores e às intervenções de enfermagem de saúde familiar.

2.4.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos cuidadores

A Tabela 1 apresenta os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica dos cuidadores de pessoas dependentes.

A maioria dos participantes é do sexo feminino (86.7%).

Quanto ao estado civil, predomina o grupo de casados (80%).

Em termos de escolaridade, observa-se maior frequência do 4º ano do ensino básico (40%), seguido do 6º ano de escolaridade (26.7%). A licenciatura é o grau menos representado (6.7%).

Ao nível da atividade profissional, existe um conjunto diversificado de profissões, embora predominem os reformados (33.3%).

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, predominam os filhos (73.3%), seguido do cônjuge (20%).

No que respeita à sobrecarga avaliada pela Escala de Zarit, verifica-se que a maior parte dos cuidadores não apresenta sobrecarga (60%), seguido daqueles que têm sobrecarga intensa (26.7%) e (13.3%) têm sobrecarga ligeira.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos cuidadores

Variáveis	<i>n</i>	%
+ Sexo		
Feminino	13	86.7
Masculino	2	13.3
+ Estado civil		
Casado(a)	12	80.0
Outra	3	20.0
+ Escolaridade		
4º ano	6	40.0
6º ano	4	26.7
9º ano	2	13.3
12º ano	2	13.3
Licenciatura	1	6.7
+ Profissão		
Auxiliar Técnica	1	6.7
Costureira	1	6.7
Desempregada	2	13.3
Doméstica	1	6.7
Empresário(a)	2	13.3
Operador de loja	1	6.7
Operador de produtos alimentares	1	6.7
Operário têxtil	1	6.7
Reformada	5	33.3
+ Grau de parentesco com a pessoa cuidada		
Filho(a)	11	73.3
Cônjuge	3	20.0
Mãe	1	6.7
+ Resultado da escala de Zarit		
Sem sobrecarga	9	60.0
Sobrecarga ligeira	2	13.3
Sobrecarga intensa	4	26.7

A Tabela 2 apresenta os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica de Enfermeiros.

A maior parte dos participantes são casados (83.3%).

A maioria não tem especialidade em saúde familiar (66.7%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de Enfermeiros(as): frequência absoluta e relativa

Variáveis	<i>n</i>	%
+ Estado civil		
Casado(a)	5	83.3
Solteiro(a)	1	16.7
+ Enfermeiro(a) Especialista em Saúde Familiar		
Não	4	66.7
Sim	2	33.3
+ Habilitações		
Licenciatura	4	66.7
Mestrado	2	33.3

A Tabela 3 apresenta a estimativa da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, para os grupos de cuidadores e de Enfermeiros.

No caso dos cuidadores:

A sobrecarga, avaliada pela Escala de Zarit, apresenta uma média de 49 ± 14.7 pontos, com elevada dispersão ($CV > 30\%$), oscilando entre valores baixos e muito elevados (27 a 94).

A idade média é de 60 ± 12.95 anos aproxima-se do limite convencionalmente considerado como início da idade idosa (65 anos), o que sugere, por um lado, experiência acumulada, mas, por outro, uma possível intensificação da sobrecarga associada ao ato de cuidar.

O tempo médio como cuidador ± 7.05 é de 10.3 anos, também com elevada dispersão ($CV > 30\%$), refletindo trajetórias muito heterogêneas que variam entre 1 e 24 anos.

No caso dos enfermeiros:

A idade média é de 42 ± 2.10 anos, caracterizando um grupo relativamente homogêneo ($CV < 15\%$) e com experiência profissional significativa.

Quer o tempo de serviço global, quer o tempo de atividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários, evidencia tratar-se de profissionais com carreira estável e consolidada.

Tabela 3 - Média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas, nos grupos de cuidadores e de Enfermeiros

	M	DP	CV (%)	Mín	Máx
+ Cuidadores					
Cotação da escala de Zarit	49.0	17.75	36.2	27	94
Idade (anos)	60.0	12.95	21.6	24	83
Tempo como cuidador(a) (anos)	10.3	7.05	68.4	1	24
+ Enfermeiros(as)					
Idade (anos)	42.0	2.10	5.0	40	45
Tempo de serviço (anos)	19.7	1.97	10.0	18	23
Tempo na CSP (anos)	17.8	2.99	16.8	14	23

2.4.2. Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo

No grupo de cuidadores da pessoa dependente, foram recolhidos dados quantitativos através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, permitindo avaliar o nível de sobrecarga, e dados qualitativos através de entrevistas semiestruturadas, explorando a experiência de cuidado e a perceção das intervenções de enfermagem.

Na análise quantitativa foram analisadas as correlações de Spearman entre algumas variáveis, que revelaram que apenas a correlação entre escolaridade e idade foi estatisticamente significativa ($p = 0.001$), apresentando forte magnitude e orientação negativa ($r_s = -0.755$), indicando que, com o aumento da idade, tende a verificar-se uma diminuição da escolaridade.

A correlação entre o tempo como cuidador e a Escala de Zarit, embora não significativa ($p > 0.05$), apresentou magnitude moderada ($r_s = -0.405$), sugerindo que maior experiência como cuidador associa-se a menor sobrecarga. As restantes correlações não foram significativas ($p > 0.05$) e variaram entre magnitudes muito fracas e fracas (tabela 4).

Tabela 4 - Tabela de correlação de Spearman

		Cotação da escala		
		Zarit	Idade	Escolaridade
Idade		0.078 ($p=0.783$)		
Escolaridade		-0.015 ($p=0.958$)	-0.755 ($p=0.001$)	
Tempo como cuidador		-0.405 ($p=0.134$)	-0.273 ($p=0.326$)	0.134 ($p=0.635$)

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos cuidadores segundo o sexo e os níveis de sobrecarga avaliados pela Escala de Zarit. A maioria dos participantes encontra-se sem sobrecarga (60%), seguida de sobrecarga intensa (26.7%) e sobrecarga ligeira (13.3%). Observa-se que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (86.7%), enquanto nenhum homem apresenta sobrecarga. Entre as mulheres, (53.8%) estão sem sobrecarga, (15.4%) apresentam sobrecarga ligeira e (30.8%) sobrecarga intensa.

Apesar de a maioria dos cuidadores não apresentar sobrecarga, a sobrecarga existente encontra-se exclusivamente no grupo feminino (para maior aprofundamento conferir o Anexo VIII).

Todas as associações são não-significativas ($p>0.05$), o que leva a não-rejeitar a hipótese nula da independência entre os pares de variáveis. Não obstante, o tamanho do efeito, isto é, a importância prática das associações varia entre médio e grande, ou seja, o efeito pode ser real, mas a evidência da amostra não foi suficiente para rejeitar a hipótese nula (as tabelas completas com a associação entre variáveis categóricas, nos grupos de cuidadores encontra-se no anexo VII).

O seguinte quadro (Quadro 1) apresenta a distribuição dos cuidadores segundo sexo e nível de sobrecarga avaliados pela Escala de Zarit, onde se verifica que:

- A maioria da população encontra-se **sem sobrecarga** (60%), seguida de **sobrecarga intensa** (26.7%) e **sobrecarga ligeira** (13.3%).
- Quanto ao sexo, a maioria dos cuidadores é **do sexo feminino** (86.7%).
- Observa-se que **nenhum homem apresenta sobrecarga**, estando todos sem sobrecarga.
- Entre as mulheres, 53.8% estão sem sobrecarga, 15.4% com sobrecarga ligeira e 30.8% com sobrecarga intensa.
- Assim, embora a maioria dos cuidadores esteja sem sobrecarga, a sobrecarga presente concentra-se exclusivamente no grupo feminino.

- Os cálculos detalhados, incluindo valores absolutos, valores esperados e percentagens dentro de cada categoria, encontram-se disponíveis no Anexo VIII.

Quadro 1 - Distribuição dos cuidadores segundo sexo e nível de sobrecarga (n = 15)

Resultado na Escala de Zarit	Feminino (n, %)	Masculino (n, %)	Total (n, %)
Sem sobrecarga	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9 (60.0%)
Sobrecarga ligeira	2 (100.0%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)
Sobrecarga intensa	4 (100.0%)	0 (0.0%)	4 (26.7%)
Total	13 (86.7%)	2 (13.3%)	15 (100%)

A análise qualitativa relativa aos cuidadores permitiu aprofundar a compreensão sobre a sobrecarga percebida, identificando fatores que contribuem para o stress, estratégias de *coping* e necessidades de apoio, enriquecendo a interpretação dos resultados quantitativos.

Relativamente ao grupo de enfermeiros, foram entrevistados 6 enfermeiros de família da USF, dos quais dois eram EEECAESF e os restantes enfermeiros de família sem formação especializada, mas com experiência prática de prestação de cuidados às famílias com pessoas dependentes.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, gravadas com consentimento dos participantes e posteriormente transcritas para análise de conteúdo, garantindo a diversidade de perspetivas e experiências sobre as intervenções de enfermagem.

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram seis áreas temáticas, organizadas em categorias e subcategorias, conforme apresentado no seguinte quadro (Quadro 2).

A análise de conteúdo, desenvolvida de acordo com o referencial metodológico de Bardin (2016), permitiu identificar áreas temáticas relacionadas com os determinantes da sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes, as quais constituíram categorias analíticas diretamente articuladas com os objetivos do estudo e com pertinência para a sua aplicação prática.

Adicionalmente, foram identificadas áreas temáticas relativas às percepções dos cuidadores e dos enfermeiros acerca das intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga, possibilitando o cumprimento do terceiro objetivo do estudo.

Quadro 2 - Áreas temáticas emergentes

Áreas Temáticas	
<u>Percepções dos cuidadores</u>	Sobrecarga do cuidador de pessoas dependentes Intervenção do enfermeiro de família: percepções e relação com a sobrecarga
<u>Percepções dos enfermeiros de família</u>	Avaliação da sobrecarga do cuidador Recursos de saúde e comunidade disponíveis Condicionalismos Intervenções de enfermagem

De seguida, apresenta-se uma perspetiva global dos resultados, organizada por objetivo, área temática, categoria e subcategoria, ilustrada com citações representativas dos participantes.

No Quadro 3 apresenta-se a síntese das percepções dos cuidadores de pessoas dependentes relativamente à sobrecarga do cuidador, incluindo a sua experiência, os determinantes associados e os fatores protetores ou promotores da sua ausência, respondendo assim ao segundo objetivo do estudo.

No que se refere à área temática “*Sobrecarga do cuidador de pessoas dependentes*” (Quadro 3), emergiram três categorias: experiência de sobrecarga, determinantes da sobrecarga e fatores protetores.

A categoria “*experiência de sobrecarga*” é constituída pelas seguintes subcategorias: sem sobrecarga, sobrecarga emocional e sobrecarga física.

A categoria “*determinantes da sobrecarga*” é constituída pelas seguintes subcategorias: responsabilidade na esfera pública e na privada e personalidade.

Quadro 3 - Percepções dos cuidadores de pessoas dependentes acerca das intervenções do enfermeiro de família

Categoria	Subcategoria	Citação Representativa
Experiência de sobrecarga	Sem sobrecarga sentida	“Não, não [sinto sobrecarga]. Tenho meu marido, é muito meu amigo. Ajuda em tudo.” (C5) / “Não, nada. É meu marido, tenho de tratar dele. Tenho ajuda das cunhadas.” (C4)
	Sobrecarga emocional	“Sim, estou muito cansada, mesmo muito cansada. (...) Ele fala-me mal e não reconhece o que faço por ele.” (C7) / “Outra coisa, minha menina, o meu marido está assim há 10 anos. Foi a primeira vez que alguém me perguntou o que sinto por cuidar dele.” (C9)
	Sobrecarga física	“Tenho de fazer tudo pelos meus pais. Por vezes fico mais cansado.” (C8) / “Porque ele não ajuda, faz ‘peso morto’.” (C15)
Determinantes da sobrecarga	Responsabilidade na esfera pública e na privada	“Muita responsabilidade, tanto em casa como no trabalho.” (C13) / “Ver o meu filho assim, todos os dias.” (C10)
	Personalidade	“Não é o trabalho em si, é a personalidade difícil da minha mãe.” (C14)
Fatores protetores		“... porque tenho amor à minha esposa. Tenho força e amor por ela.” (C2) “É meu marido, tenho de tratar dele ... tenho ajuda das cunhadas, ele não dá muito trabalho.” (C4)

No Quadro 4 apresenta-se a síntese das percepções dos cuidadores de pessoas dependentes relativas às intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga do cuidador, a partir da perspetiva dos cuidadores, contribuindo para a resposta ao terceiro objetivo do estudo, que será posteriormente aprofundado com a perspetiva dos enfermeiros de família.

No que se refere à área temática “*Intervenção do enfermeiro de família: percepções e relação com a sobrecarga*”, emergiram duas categorias principais: avaliação das intervenções e intervenções instrumentais.

Para além das intervenções de carácter instrumental, é importante explorar como estas influenciam as dinâmicas familiares, promovendo um apoio mais integrado ao cuidador, e como contribuem para aliviar a sobrecarga emocional e psicossocial que este enfrenta.

A categoria “*avaliação das intervenções*” é constituída pelas seguintes subcategorias: avaliação positiva, respostas adequadas, maior disponibilidade e outro tipo de apoio.

Quadro 4 - Percepções dos cuidadores relativas às intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga do cuidador

Categoria	Subcategoria	Citação Representativa
Avaliação das intervenções	Avaliação positiva	“Excelentes. Excelentes. Não tenho nada a dizer.” (C5) / “São muito boas, já são da família.” (C7) / “Impecáveis, não podiam ser melhores.” (C14)
	Respostas adequadas	“Elas já fazem tudo o que necessitamos, sempre que precisamos estão presentes.” (C1) / “Sempre foram muito atenciosas.” (C10) / “Quando precisamos, elas vêm cá logo.” (C11) / “Ensinam muitas coisas que ajudam a tratar melhor do pai.” (C15)
	Maior disponibilidade	“Gostava que as enfermeiras se mostrassem mais acessíveis e fizessem mais visitas.” (C12) / “Era preciso haver enfermeiras que tivessem oportunidade de estar mais tempo connosco.” (C7)
	Outro tipo de apoio	“Precisava era de mais apoio em casa (...) alguém que ficasse com a minha mãe para eu tratar das minhas coisas.” (C6)

Intervenções Instrumentais		“ (...) Falam na prevenção das quedas, na alimentação, nos cuidados para não ganhar feridas.” (C15)
----------------------------	--	---

Relativamente às percepções dos enfermeiros de família, emergiram quatro áreas temáticas.

De seguida, apresentam-se as categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas realizadas aos enfermeiros de família, permitindo aprofundar a sua perspetiva sobre as intervenções de enfermagem na gestão da sobrecarga dos cuidadores, complementando a análise anteriormente apresentada a partir da perspetiva dos cuidadores e contribuindo, assim, para a resposta ao terceiro objetivo do estudo.

As citações representativas referem-se às práticas adotadas, aos recursos disponíveis e aos fatores que podem condicionar a eficácia do apoio prestado. Esta análise proporciona uma visão detalhada das intervenções do enfermeiro de família no acompanhamento dos cuidadores de pessoas dependentes.

No que se refere à área temática “*Avaliação da sobrecarga do cuidador*”, emerge a categoria avaliação, com as subcategorias avaliação formal, avaliação informal e percepção clínica.

A área temática, a categoria, as subcategorias e as respetivas citações representativas apresentam-se no quadro seguinte (Quadro 5).

Quadro 5 - Área temática “Avaliação da sobrecarga do cuidador”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família)

Área temática: “ <i>Avaliação da sobrecarga do cuidador</i> ”		
Categoria	Subcategoria	Citação representativa
Avaliação	Avaliação formal	“Geralmente utilizo a escala de Zarit, pelo menos uma vez por ano.” – E2

	Avaliação informal	“Não costumo fazer de modo formal... pergunto através de entrevista, conversa com o cuidador.” – E1
	Percepção clínica	“Há momentos em que posso perceber que a família está mais agitada, mais ansiosa.” – E4

Relativamente à área temática “*Recursos de saúde e comunidade disponíveis*”, emergem as categorias encaminhamento para serviços e rede de apoio familiar, sendo que a primeira inclui as subcategorias descanso do cuidador e centros de dia/apoio domiciliário.

As respetivas categorias, subcategorias e citações representativas apresentam-se no quadro seguinte (Quadro 6).

Quadro 6 - Área temática “Recursos de saúde e comunidade disponíveis”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família)

Área temática: “ <i>Recursos de saúde e comunidade disponíveis</i> ”		
Categoria	Subcategoria	Citação representativa
Encaminhamento para serviços	Descanso do cuidador	“O descanso do cuidador da RNCC... é para lá que eu mando.” – E3
	Centros de dia / apoio domiciliário	“Cada vez mais tento influenciar para eles irem para os centros de dia... os cuidadores ficam mais livres. No início nunca querem e depois até gostam.” – E1
Rede apoio familiar		“Tento ver se há alguém que possa dar algum tipo de apoio ao cuidador” – E2 “Sugiro até a colaboração de outro familiar, que fique com o idoso

		dependente para ela poder ir fazer alguma atividade semanal.” – E4
--	--	--

Relativamente à área temática “*Condicionalismos*”, emerge a categoria fatores que dificultam a gestão das intervenções de enfermagem, com as subcategorias resistência familiar, limitações institucionais, limitações económicas, limitações do apoio social, desconhecimento de programas sociais e idosos cuidadores.

As respetivas categorias, subcategorias e citações representativas apresentam-se no quadro seguinte (Quadro 7).

Quadro 7 - Área temática “Condicionalismos”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família)

Área temática: “ <i>Condicionalismos</i> ”		
Categoria	Subcategoria	Citação representativa
Fatores que dificultam a gestão das intervenções de enfermagem	Resistência familiar	“Muitos cuidadores rejeitam inicialmente o apoio institucional, depois acabam por aceitar.” – E6
	Limitações Institucionais	“O descanso do cuidador funciona mal... só para utentes que precisam de cuidados específicos.” – E2 “Não temos vagas em lares e centros de dia... pouca retaguarda.” – E1
	Limitações económicas	“Maior parte das famílias não têm capacidade de pagar de recursos para apoio.” – E3 “O primeiro entrave é renitência. Depois é não quererem pagar.” – E6

	Limitações do apoio social	“Referenciação para a rede é muito demorada; antigamente tínhamos duas assistentes sociais, agora só uma.” – E5 “Não temos apoio aos idosos... é muito difícil.” – E4
	Desconhecimento de programas sociais	Os recursos sociais existem, mas não são divulgados; muitas famílias nem sabem que existem.” – E5
	Idosos cuidadores	“A maior parte das pessoas idosas são também cuidadoras, são também pessoas doentes.” – E2

Relativamente à área temática “*Intervenções de enfermagem*”, emerge a categoria estratégias de intervenção, com as subcategorias orientação e aconselhamento, reforço positivo, atividades físicas e encaminhamento para serviços.

As respetivas categorias, subcategorias e citações representativas apresentam-se no quadro seguinte (Quadro 8).

Quadro 8 - Área temática “Intervenções de enfermagem”: categorias, subcategorias e citações representativas (perspetiva dos enfermeiros de família)

Área temática: “ <i>Intervenções de enfermagem</i> ”		
Categoria	Subcategoria	Citação representativa
Estratégias de intervenção	Orientação e aconselhamento	“Acabo por orientar por outros serviços, ver que retaguarda familiar existe e tentar falar com os familiares.” – E5
	Reforço positivo	“Tudo o que eles façam, que esteja a correr bem, eu tento sempre reforçar que correu bem.” – E4

	Atividades físicas	“Tento incluir os cuidadores em atividades de ginástica, saídas, para aliviar a carga.” – E1
	Encaminhamento para serviços	Quando há sobrecarga faço encaminhamento para a rede para descanso do cuidador.” E3

2.5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A população de cuidadores de pessoas dependentes foi majoritariamente feminina, relativamente envelhecida (idade média de 60 ± 12.95 anos) e tempo médio de cuidado de 10.3 ± 7.05 anos.

Esta experiência prolongada de cuidado pode ser interpretada à luz da Teoria Sistêmica Familiar, que entende a família como um sistema aberto e interdependente, em contínua interação com o contexto físico, social e emocional. A adaptação ao papel de cuidador ao longo do tempo influencia o equilíbrio do sistema familiar, podendo reforçar mecanismos de resiliência e reorganização do funcionamento familiar (Bousso, 2008 e Pusa et al., 2022).

Nos enfermeiros, a população era homogênea, com idade média de 42 ± 2.10 anos, tempo médio de serviço de 19.7 ± 1.97 anos e tempo médio nos CSP de 17.8 ± 2.99 anos. A maioria detinha licenciatura, sendo poucos os que tinham especialidade em saúde familiar, refletindo experiência consolidada, mas também limitações em termos de recursos especializados.

Estes dados indicam que os cuidadores enfrentam situações de cuidado prolongado e heterogêneo, enquanto os enfermeiros possuem experiência profissional consistente, podendo funcionar como recurso essencial de apoio.

Em termos de escolaridade e ocupação, observou-se que a maioria dos cuidadores apresenta baixa escolaridade, predominando o ensino básico, e diversidade de atividades profissionais, incluindo reformados e ativos. Dixe e Querido (2020) relatam padrões semelhantes, reforçando que limitações educacionais podem afetar a compreensão de informações relacionadas ao cuidado e a utilização de recursos de apoio.

O tempo médio de cuidado no presente estudo foi de 10.3 anos, enquanto Dixe e Querido (2020) reportam média de 16.85 anos. Apesar das diferenças observadas, ambos os grupos refletem cuidadores com experiência prolongada, o que poderá potencializar o desenvolvimento de estratégias de resiliência e de adaptação ao papel de cuidador.

Os resultados convergem também, com os obtidos no presente estudo, onde se verificou uma correlação negativa entre tempo como cuidador e pontuação na Escala de Zarit, sugerindo que a experiência adquirida e a adaptação progressiva ao papel podem funcionar como fatores protetores.

As seguintes percepções corroboram estudos que indicam que, embora a intervenção do enfermeiro seja valorizada, a sua eficácia é condicionada pela disponibilidade de recursos humanos e comunitários (Sequeira, 2010).

“Precisava de mais apoio em casa... alguém que ficasse com a minha mãe para eu tratar das minhas coisas.” (C6)

“Os enfermeiros são bons, mas não têm tempo para tudo.” (C6)

“Gostava de ter alguém que ficasse com ele algumas horas.” (C7)

Alguns cuidadores referem necessidades que vão além do apoio direto dos enfermeiros, como substituição temporária do cuidador ou atividades estruturadas para o dependente, consistentes com a literatura que sublinha a importância de estratégias de descanso e programas de intervenção comunitária (Mateus et al., 2019).

Estes resultados reforçam ainda a relevância da sobrecarga como prioridade de saúde pública (Sequeira, 2010; Trindade et al., 2017), destacando que a intervenção do enfermeiro deve incluir encaminhamento ativo para recursos comunitários e aconselhamento familiar, garantindo uma abordagem integrada (Schulz & Martire, 2004), considerando que a percepção de sobrecarga é influenciada por fatores contextuais, como autonomia do idoso, disponibilidade de serviços e rede de apoio familiar.

Esta abordagem integrada permite uma compreensão mais ampla das experiências dos cuidadores, promovendo estratégias de prevenção da sobrecarga e manutenção do bem-estar físico e emocional.

Os cuidadores percebem também, limitações relacionadas com o tempo disponível dos profissionais e recursos insuficientes. Esta constatação coincide com estudos que apontam que a escassez de recursos humanos e estruturais em cuidados domiciliários limita a intervenção eficaz na prevenção da sobrecarga (Sequeira, 2010; Brodaty & Donkin, 2009).

Em termos de sobrecarga avaliada pela Escala de Zarit, 60% dos cuidadores não apresentavam sobrecarga, 13.3% tinham sobrecarga ligeira e 26.7% apresentavam sobrecarga intensa, ocorrendo exclusivamente entre mulheres, em concordância com estudos nacionais que evidenciam maior sobrecarga nesse grupo (Sequeira, 2010; Trindade et al., 2017).

Os resultados do presente estudo, ainda que tenham que ser interpretados com muita prudência, indicam que a sobrecarga dos cuidadores familiares apresenta variação significativa, com percentagens relevantes de cuidadores a experienciar sobrecarga leve a intensa.

A média de sobrecarga observada foi de 49% (DP=17,75), um valor inferior ao reportado por Dixe e Querido (2020), que identificaram uma média de 57,7% (DP=13,7).

Estes resultados podem indicar uma menor intensidade média de sobrecarga na amostra estudada, embora com maior variabilidade entre cuidadores.

Apesar dessas diferenças, ambos os estudos indicam que uma proporção significativa dos cuidadores enfrenta sobrecarga intensa, evidenciando a relevância do tema.

Por outro lado, estes resultados são consistentes com o perfil identificado por Viegas e Rodrigues (2022), cujo estudo quase-experimental, realizado em unidades de saúde de Lisboa, revelou que os cuidadores, na linha de base, apresentavam níveis de sobrecarga comparáveis aos observados neste estudo.

Destaca-se, portanto, que mais de um quarto da amostra experienciava sobrecarga elevada, evidenciando a necessidade de atenção específica a este grupo, uma vez que, os cuidadores com sobrecarga intensa apresentam maior risco de comprometer a própria saúde física e mental, de reduzir a qualidade do cuidado prestado e de experienciar sentimentos de esgotamento, ansiedade ou depressão Sequeira, (2010) e Trindade et al., (2017).

Resultados semelhantes foram observados por Dias et al. (2023) e Albani et al. (2023), que identificaram níveis elevados de sobrecarga nos cuidadores de pessoas dependentes, estando esta associada à depressão, ansiedade e stresse, confirmando a vulnerabilidade acrescida das mulheres neste papel.

A análise quantitativa confirma correlações não significativas entre idade, tempo de cuidado e sobrecarga, embora se observe uma tendência de cuidadores mais experientes relatarem menor sobrecarga ($r_s = -0.405$; $p > 0.05$).

Os dados quantitativos mostram que a sobrecarga é heterogênea, refletindo experiências muito distintas entre os cuidadores. Apesar da maior parte não apresentar

sobrecarga, a distribuição sugere que fatores individuais e contextuais influenciam significativamente a percepção de carga.

A sobrecarga, muitas vezes invisível, reforça a necessidade de avaliação regular e intervenção precoce por parte do enfermeiro de família, prevenindo consequências negativas para a saúde do cuidador, sendo que fatores como isolamento, idade avançada e carência de apoio constituem preditores consistentes dessa sobrecarga (Sequeira, 2010; Zarit et al., 1980).

A avaliação da sobrecarga pode ser enquadrada no MCAIF, que possibilita analisar as dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento da família, traduzindo conceitos teóricos em ações concretas de enfermagem (MCEEC, 2023).

Os autores constataram ainda que os primeiros meses de prestação de cuidados constituem um “período de risco” para níveis mais elevados de sobrecarga, embora, com o tempo, cuidadores e doentes desenvolvam mecanismos de adaptação que tendem a reduzir a percepção de carga Sequeira, (2010) e Trindade et al., (2017).

“Ver o meu marido nesta situação. Já passei por muito. Neste momento não preciso de ajuda dos profissionais de saúde, mas já precisei. O meu marido ficou dependente e nunca ninguém me foi explicar como tinha de cuidar dele. Tive de aprender sozinha, com o tempo.” (C9)

Este relato evidencia que a ausência de suporte inicial e de educação em cuidados aumenta a percepção de sobrecarga, corroborando estudos que destacam a importância de intervenções psicoeducacionais e programas de apoio estruturados para cuidadores de pessoas dependentes.

Estes resultados reforçam a importância da identificação precoce dos cuidadores mais vulneráveis, permitindo a implementação de intervenções de enfermagem individualizadas e sistemáticas, ajustadas à realidade concreta da família e ao contexto sociocultural em que se inserem, garantindo uma prática de enfermagem familiar avançada, baseada em evidência e centrada nas necessidades do cuidador e da família como unidade de cuidado (Albani et al., 2023).

A intervenção do enfermeiro de saúde familiar torna-se, assim, fundamental, devendo ser dirigida para promover a resiliência, apoiar a redistribuição de tarefas entre os membros da família, orientar estratégias de autocuidado e facilitar o acesso a recursos sociais e comunitários de apoio. Estas medidas permitem não só reduzir a sobrecarga, mas também

fortalecer a coesão familiar e a qualidade de vida dos cuidadores e da pessoa dependente Albani et al. (2023).

Os cuidadores valorizam a presença, disponibilidade e competência dos enfermeiros, descrevendo-os como parte da família.

“Elas já fazem tudo o que necessitamos, sempre que precisamos estão presentes.”(C1).

“São muito boas, já são da família.” (C7)

“Impecáveis, não podiam ser melhores.” (C14)

Os dados sugerem também, que a intervenção de enfermagem deve incluir encaminhamento ativo para serviços comunitários, aconselhamento familiar e educação em autocuidado, reforçando uma abordagem integrada e preventiva.

Os dados qualitativos do presente estudo mostram que as intervenções dos enfermeiros de família são importantes na redução da sobrecarga, através da avaliação formal e informal, orientação, reforço positivo, encaminhamento para serviços e promoção de atividades de lazer.

Limitações estruturais, sociais e económicas, bem como a resistência inicial de algumas famílias, podem dificultar a eficácia das intervenções.

“Muitos cuidadores rejeitam inicialmente o apoio institucional, depois acabam por aceitar.” (E6)

“Não temos vagas em lares e centros de dia... pouca retaguarda.” (E1)

Estas práticas podem ser operacionalizadas à luz do MDAIF, que estrutura a avaliação familiar nas dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, permitindo ao enfermeiro obter um conhecimento aprofundado da família e traduzir os conceitos das teorias sistémica e bioecológica em ações concretas de intervenção, adequadas ao contexto cultural e social português, Figueiredo (2012).

Estes resultados convergem com Dixe e Querido (2020), que destacam a importância do fornecimento de informações e apoio institucional como mecanismos que aumentam a autoeficácia e reduzem a sobrecarga.

A implementação de intervenções estruturadas de enfermagem, como programas psicoeducativos de gestão do stress, demonstrou melhoria no *coping*, no bem-estar e na redução da sobrecarga, confirmando a eficácia das intervenções do enfermeiro na abordagem holística do cuidador e da pessoa dependente (Viegas, Fernandes e Veiga, 2018).

Além disso, os testemunhos qualitativos, como o de C9, sublinham que a falta de orientação inicial por parte dos profissionais de saúde contribui para um aumento da sobrecarga emocional e prática, situação também destacada por Dias et al. (2023), ao apontarem para a necessidade de maior acompanhamento e apoio no contexto dos cuidados de saúde primários.

A variação observada nos dados quantitativos da sobrecarga dos cuidadores familiares no presente estudo encontra eco nos dados qualitativos, onde diversos cuidadores relatam de maneira consistente experiências de exaustão física e emocional.

As entrevistas revelam experiências emocionais e físicas variadas. Por exemplo, um cuidador relatou:

“(...) sim, estou muito cansada, mesmo muito cansada (...)” (C7)

“Já não tenho forças, às vezes penso que não vou aguentar.” (C7)

Outro acrescentou:

“Não sinto sobrecarga porque faço por amor.” (C2)

Estes resultados corroboram estudos nacionais e internacionais que descrevem a sobrecarga como multifatorial, influenciada por determinantes objetivos (grau de dependência, tempo de cuidado, recursos disponíveis) e subjetivos (resiliência, estratégias de *coping*, percepção de suporte social) (Pinquart & Sörensen, 2003).

Segundo a percepção dos enfermeiros, múltiplos fatores contribuem para a sobrecarga do cuidador, incluindo idade avançada, isolamento social, limitações económicas e resistência familiar em aceitar ajuda externa.

Por sua vez, os cuidadores identificaram como determinantes da sobrecarga a falta de apoio familiar, carência de recursos formais ou económicos e a personalidade difícil do dependente.

Sobre a falta de apoio familiar, uma cuidadora referiu:

“Porque sinto-me sozinha, tenho mais irmãos, mas não ajudam.” (C3)

Quanto à carência de recursos formais, outra cuidadora afirmou:

“Gostava que as enfermeiras se mostrassem mais acessíveis e fizessem mais visitas.” (C12)

Sobre a personalidade difícil do dependente, um cuidador disse:

“Não é o trabalho em si, é a personalidade difícil da minha mãe.” (C14)

“Porque ele não ajuda, faz ‘peso morto’.” (C15)

Este estudo acrescenta a perspetiva dos cuidadores sobre a solidão e invisibilidade social.

“Outra coisa, minha menina, o meu marido está assim há 10 anos. Foi a primeira vez que alguém me perguntou o que sinto por cuidar dele.” (C9)

“(...) não reconhece o que faço por ele.” (C7).

A análise da sobrecarga dos cuidadores familiares evidenciou que o stress psicológico é uma dimensão várias vezes referida, coincidindo com a perceção relatada em outros estudos (Viegas & Rodrigues, 2022).

A literatura evidencia também, que a ausência de apoio familiar ou comunitário aumenta significativamente o risco de sobrecarga, especialmente em cuidadores idosos ou com múltiplas responsabilidades (Brodaty & Donkin, 2009).

Além disso, fatores económicos e barreiras culturais foram frequentemente referidos como limitadores do acesso a recursos comunitários, evidenciando a necessidade de políticas públicas que facilitem o acesso a serviços como centros de dia e programas de intervenção social.

Revisões integrativas da literatura mostram que estes cuidadores podem apresentar sentimentos de angústia, ansiedade, culpa e isolamento social, sendo que o stress associado ao cuidado impacta negativamente a sua saúde física e mental, bem como a qualidade das suas relações interpessoais (Bernabéu-Álvarez et al., 2024).

Este contraste evidencia a diversidade de experiências entre cuidadores e reforça a necessidade de intervenções personalizadas, capazes de identificar fatores de risco e de promover estratégias de *coping* adaptativas e suporte adequado para cada situação.

O estudo de Santos et al. (2019) investigou a sobrecarga de cuidadores idosos que prestam cuidados a outros idosos dependentes, evidenciando que o envelhecimento do cuidador constitui um fator significativo para o aumento da sobrecarga, uma vez que estes enfrentam desafios adicionais decorrentes de limitações físicas, doenças crónicas e fadiga acumulada, o que agrava a carga emocional, física e psicológica associada ao cuidado.

O estudo destaca também que a falta de suporte, informações e preparação adequada para o cuidado contribui para o cuidador adoecer, refletindo negativamente na sua qualidade de vida e capacidade de prestar cuidados.

Além disso, Albani et al. (2023) observaram também que cuidadores mais velhos e aqueles que dedicam maior tempo diário aos cuidados apresentam maior vulnerabilidade, e isto também se verifica na realidade atual.

“A maior parte das pessoas idosas são também cuidadoras, são também pessoas doentes.” (E2)

Alguns cuidadores relatam sentir-se emocionalmente recompensados pelo cuidado prestado, o que atua como fator protetor contra a sobrecarga. De forma complementar, outros cuidadores referem não se sentir sobrecarregados devido à presença de fatores protetores, como o apoio familiar, o afeto e a qualidade da relação conjugal.

A ausência de sobrecarga não significa inexistência de necessidades, mas sim mecanismos de resiliência no cuidar, nos quais o amor, o sentido de dever e o apoio familiar funcionam como fatores protetores.

Esta dualidade está em consonância com o estudo de Mateus e Fernandes (2019), que identifica a resiliência como dimensão fundamental no processo de adaptação dos cuidadores informais de idosos dependentes. O estudo sublinha que, apesar das dificuldades, a capacidade de resiliência contribui para atenuar o impacto negativo da sobrecarga e favorecer a continuidade do cuidado.

“Não me sinto sobrecarregado porque tenho amor à minha esposa. Tenho força e amor por ela.” (C2)

“Não, não (sinto sobrecarga). Tenho o meu marido, é muito meu amigo. Ajuda em tudo”. (C5)

“Não, nada. É meu marido, tenho de tratar dele.” (C4)

Esta percepção positiva é consistente com estudos que indicam que a motivação intrínseca e o apoio familiar contribuem para reduzir a tensão associada ao cuidar (Pinquart & Sörensen, 2003). Tal evidencia que intervenções de enfermagem não devem focar apenas na prevenção de sobrecarga, mas também em reforçar fatores protetores existentes, como suporte social e reconhecimento do papel do cuidador.

A perspectiva sistémica e bioecológica permite compreender que a sobrecarga do cuidador é influenciada não só pelas dinâmicas familiares internas, mas também pelos contextos sociais e comunitários em que a família está inserida (Rosa & Tudge, 2013).

Alguns cuidadores demonstram elevada resiliência, conseguindo manter níveis de sobrecarga mais baixos apesar das exigências do cuidado, o que confirma a importância de intervenções personalizadas que considerem fatores protetores, como motivação pessoal e suporte familiar, bem como estratégias de *coping* individuais, determinantes na redução da sobrecarga emocional e física do cuidador (Pinquart & Sörensen, 2003).

A análise qualitativa da perspectiva relativa aos enfermeiros mostra que estes realizam avaliação formal (Escala de Zarit) e informal (observação e entrevista), orientam os cuidadores para recursos institucionais e familiares, e promovem atividades de lazer para prevenir sobrecarga.

“Geralmente utilizo a escala de Zarit pelo menos uma vez por ano.” (E2)

“Não costumo fazer de modo formal, não avalio a nível geral, em escalas, não ...pergunto através de entrevista, conversa com o cuidador, não é? Às vezes eles fazem parecer, sem usar escalas, que andam cansados, que andam a precisar dessa parte que faz....parte informal. (E1)

“Cada vez mais tento influenciar para que os cuidadores utilizem centros de dia... no início nunca querem, depois até gostam.” (E1)

Pinquart e Sörensen, (2003) apontam para que intervenções de enfermagem não devam apenas focar-se na prevenção de sobrecarga, mas também em reforçar fatores protetores existentes, como suporte social e reconhecimento do papel do cuidador.

“Tudo o que eles façam, que esteja a correr bem, eu tento sempre reforçar que correu bem.” (E4)

Alguns cuidadores, no entanto, expressam que a sobrecarga persiste mesmo quando recebem acompanhamento de enfermagem, devido a barreiras económicas ou familiares.

“As famílias muitas das vezes não querem que a pessoa dependente saia de casa... se saísse, a sobrecarga diminuía.” (E6)

Esta discrepância sugere que é necessário alinhar perceções entre cuidadores e profissionais, utilizando estratégias que promovam comunicação eficaz, educação familiar e integração de recursos comunitários, tal como recomendado na literatura internacional (Brodaty & Donkin, 2009).

O estudo demonstra também a importância do reforço de ensinamentos aos cuidadores de pessoas dependentes, demonstrando que se estiveram informados ficam menos ansiosos e inseguros.

“Ensinam muitas coisas que ajudam a tratar melhor do pai. (...) Falam na prevenção das quedas, na alimentação, nos cuidados para não ganhar feridas.” (C15)

Conforme observado por Krutter et al. (2020), médicos de família e enfermeiros tendem a avaliar a sobrecarga de forma mais intensa, especialmente no que se refere a alterações comportamentais e tensão social, enquanto os cuidadores enfatizam outros.

Entretanto, surgem limitações: tempo insuficiente, ausência de apoio domiciliário prolongado e barreiras institucionais.

“Não temos vagas em lares e centros de dia... pouca retaguarda.” (E1)

Os enfermeiros referem também, e vai de encontro a estudos já citados, que é na família alargada que os cuidadores encontram suporte.

“.... geralmente o que faço é, é indicar à pessoa apoios, ah, sociais. Geralmente tem a ver com instituições a que podem recorrer para pedir apoio para cuidados de higiene, para alimentação, para transferências... tento ver a nível familiar como é que, como é que, como é que está, como é que estão estruturados os papéis a nível familiar, tentar perceber se há alguém que possa dar algum tipo de apoio ao cuidador, e, e fazer ali uma transferência de, de papéis de forma a diminuir essa sobrecarga. Principalmente é essa.” (E2)

“... a família extensa quando possível. Ah, o recurso de sensibilizar as pessoas para as férias. Ah, porque é isso que vai diminuir a sobrecarga, os apoios, a rede domiciliária, ah, sistemas amplos, sensibilizar a família, não é?... (E4)

Estes resultados corroboram com a opinião de vários enfermeiros que destacam a dualidade entre a valorização do papel da enfermagem e a limitação de recursos estruturais, quer do SNS, quer dos privados.

“Os apoios são principalmente apoios informais, foi aqueles que eu já falei. Apoios formais, nós não temos nada. Podemos pedir apoio e também de psicologia, ah, outro tipo de apoios, mas que não, não acabam por não funcionar. Além de que a maior parte das pessoas idosas são pessoas cuidadoras, são também pessoas idosas, são também pessoas doentes, o que também complica, não é, esta parte do cuidador... mas não existem grandes recursos ... a única coisa que nós podemos fazer é aconselhar e direcionar... O descanso do cuidador funciona mal. Primeiro porque é assim, o descanso do cuidador é um mês. Temos que referenciar, mas o utente tem obrigatoriamente que precisar de cuidados de enfermagem ... São pessoas dependentes, mas que não precisam desses cuidados específicos. (E2)

As principais limitações encontradas pelos enfermeiros estão relacionadas com a falta de apoio para as famílias cuidadoras, uma vez que, se não existir uma boa dinâmica familiar os cuidadores ficam sujeitos a uma maior sobrecarga e sem redes de suporte.

Na questão, “*sente que os recursos da comunidade ou de saúde são suficientes para responder às necessidades*”, cinco das seis enfermeiras responde que não são suficientes, reforçando a ideia de que o estado português juntamente com as câmaras e juntas de

freguesia devem priorizar o tema da sobrecarga do cuidador, especialmente numa sociedade envelhecida e com aumento de doenças crónicas incapacitantes.

“Pouca, muito pouca retaguarda e mesmo às vezes à volta não conseguem encontrar em lado nenhum.” (E1)

“... a sociedade tem mesmo que refletir. Eu costumo dizer que a sociedade reflete muito sobre a infância e esquece dos idosos. Nós falamos sempre em aumentar o número de infantários, de creches que não chegam, dos apoios para os pais irem trabalhar e os meninos irem para a creche e depois esquecemo-nos dos nossos avós e dos nossos pais que também vão precisar de alguém e que não vão conseguir. Não há apoio social, o estado não consegue. O apoio social que tem é limitado, extremamente limitado e não, não dá resposta ao que as famílias necessitam.” (E3)

A triangulação dos dados evidencia que a sobrecarga dos cuidadores é heterogénea, sendo influenciada por fatores objetivos e subjetivos. Os enfermeiros assumem um papel central no apoio emocional, educativo e organizacional, embora a eficácia da sua intervenção dependa dos recursos disponíveis e da articulação com a comunidade.

Este processo de triangulação possibilita uma compreensão mais ampla e aprofundada da sobrecarga do cuidador, ao articular os resultados quantitativos obtidos através da Escala de Zarit com as perceções expressas pelos cuidadores e pelos enfermeiros. A análise evidencia tanto convergências como divergências entre os diferentes intervenientes, bem como os fatores contextuais que influenciam a experiência de cuidar.

Observam-se discrepâncias entre a perceção dos cuidadores e a dos enfermeiros relativamente à sobrecarga do cuidador de pessoas dependentes, sugerindo a necessidade de comunicação eficaz, avaliações contínuas e intervenções individualizadas.

Alguns cuidadores referem que a sobrecarga se mantém apesar do acompanhamento de enfermagem, sobretudo devido a barreiras de natureza económica e familiar. Neste sentido, a análise conjunta das perceções dos cuidadores e dos enfermeiros de família sublinha a necessidade de abordagens holísticas, centradas na família e articuladas com os recursos comunitários.

Esta análise confirma a importância de uma abordagem integrada, combinando avaliação regular da sobrecarga, reforço de fatores protetores, educação familiar e encaminhamento para recursos comunitários.

A análise sistêmica e bioecológica evidencia que fatores externos, como redes de apoio, recursos sociais e políticas, influenciam significativamente a experiência do cuidador (Rosa & Tudge, 2013).

Embora no presente trabalho não tenha sido implementada nenhuma intervenção, a comparação evidencia a relevância de estratégias estruturadas de suporte, como o programa psicoeducativo aplicado no grupo experimental do estudo de Viegas e Rodrigues (2002), que resultou numa diminuição significativa da sobrecarga.

Estes dados reforçam a importância das intervenções do enfermeiro de família na identificação precoce da sobrecarga e na promoção de recursos de suporte individualizados, com modelos de intervenção psicoeducativa propostos por Figueiredo (2023).

Adicionalmente, os resultados sugerem que, mesmo cuidadores resilientes, podem beneficiar de intervenções estruturadas, destacando a necessidade de políticas de saúde que integrem a avaliação contínua da sobrecarga como prioridade de saúde pública (Sequeira, 2010; Trindade et al., 2017).

Quanto aos determinantes da sobrecarga, verificou-se uma correlação negativa entre tempo como cuidador e pontuação na Escala de Zarit, sugerindo que maior experiência tende a reduzir a percepção de sobrecarga.

De forma semelhante, Dixe e Querido (2020) identificaram que maior tempo de dependência e recebimento de informações adequadas sobre a doença e apoios disponíveis estão associados a menor sobrecarga e maior autoeficácia. Esses resultados reforçam que experiência e informação são fatores protetores essenciais na gestão da sobrecarga.

Assim, os estudos de Dixe e Querido (2020) e Dias et al. (2023), reforçam que a ausência de suporte formal adequado pode agravar a sobrecarga dos cuidadores e que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros de família, desempenham um papel central na implementação de intervenções educativas e preventivas.

O estudo de Albani et al. (2023) vai ao encontro dos resultados do presente estudo, ao demonstrar que, ao longo do tempo, os cuidadores desenvolvem mecanismos de adaptação que tendem a reduzir a percepção de sobrecarga, o que corrobora com os resultados portugueses de resiliência e fatores protetores, nos quais o apoio familiar, o amor e a experiência acumulada contribuem para diminuir a carga emocional e física.

Finalmente, a pesquisa evidencia o enfermeiro de família como um profissional de referência, sustentando a sua relevância no acompanhamento, na educação e no encaminhamento para recursos comunitários, com vista à redução da sobrecarga e ao apoio

à adaptação do cuidador. Este papel encontra sustentação nos modelos teóricos da enfermagem de saúde familiar, que preconizam uma abordagem centrada na família como unidade de cuidado, valorizando a relação terapêutica, a capacitação e a promoção da autonomia.

Os resultados do estudo sugerem que a escuta ativa e a identificação sistemática das necessidades percebidas pelos utentes e pelas famílias cuidadoras são fundamentais, uma vez que os cuidadores podem expressar necessidades diferentes daquilo que os enfermeiros implementam nas suas intervenções.

Da análise dos dados emerge que a intervenção do enfermeiro deverá assentar numa avaliação contínua, colaborativa e contextualizada, ajustando-se à singularidade de cada família e promovendo respostas mais eficazes, congruentes e centradas nas suas dinâmicas, recursos e vulnerabilidades.

Em síntese, os resultados reforçam a necessidade de intervenções centradas no cuidador, integrando suporte educativo, acesso a recursos institucionais, orientação profissional e estratégias de promoção da resiliência.

A experiência acumulada ao longo dos anos no exercício do cuidado, o acesso à informação e a existência de redes de apoio familiar e comunitário emergem como elementos relevantes na redução da sobrecarga e na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores.

Os resultados evidenciam ainda que, embora alguns cuidadores experienciem níveis elevados de sobrecarga, outros beneficiam da presença de fatores protetores que favorecem a resiliência e uma perceção mais positiva do papel de cuidador. Esta variabilidade de experiências aponta para a importância de intervenções ajustadas às características e ao contexto de cada cuidador, considerando os seus recursos internos e externos.

A integração da Teoria Sistémica Familiar com a Teoria Bioecológica, o MCAIF e o MDAIF fornecem uma base conceptual robusta para orientar intervenções estruturadas de enfermagem de saúde familiar, reduzindo a sobrecarga e promovendo o bem-estar do cuidador e da família (Rosa et al., 2013; Monteiro et al. 2016; Figueiredo, 2012).

2.6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Os resultados do estudo oferecem contributos relevantes para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Familiar, evidenciando a necessidade de uma avaliação contínua da

sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes. A utilização combinada de instrumentos formais, como a Escala de Zarit, e da observação informal permite uma compreensão mais abrangente do impacto do cuidar.

Neste contexto, os resultados sugerem que os enfermeiros de saúde familiar devem ajustar as suas intervenções às necessidades reais dos cuidadores, das famílias e dos indivíduos dependentes, promovendo uma abordagem holística e centrada na pessoa e na família. Para tal, torna-se fundamental realizar uma avaliação familiar eficiente, baseada em modelos de avaliação familiar e nos pressupostos das teorias de enfermagem de saúde familiar, de modo a compreender de forma integral as dinâmicas, os recursos e as necessidades de cada família, orientando intervenções mais adequadas e contextualizadas.

Destaca-se a relevância do apoio emocional e da proximidade com o cuidador, assim como da educação contínua na prevenção de complicações. De forma complementar, a integração entre os serviços de saúde e os recursos comunitários, a promoção de atividades lúdicas e a valorização da opinião do cuidador no processo de tomada de decisão constituem estratégias essenciais para uma intervenção de enfermagem mais eficaz, contextualizada e centrada nas necessidades da pessoa dependente e da família.

O estudo apresenta limitações, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra e localizada numa única USF, não podendo perspetivar de modo algumas generalizações.

Além disso, o caráter auto-relatado de alguns dados, a maior expressividade das entrevistas dos cuidadores face às dos enfermeiros e o possível viés de desejabilidade social podem influenciar a interpretação dos resultados, uma vez que como os cuidadores estão a abordar a sua forma de cuidar, podem ser influenciados por memória, interpretação pessoal ou desejo de responder de forma socialmente aceitável.

A ausência de dados quantitativos completos para alguns cuidadores limita ainda a triangulação mais aprofundada entre as escalas e as perceções subjetivas.

Face a estes resultados, sugerem-se várias estratégias para prática, investigação, gestão e formação. No âmbito da prática, recomenda-se a implementação de consultas de enfermagem específicas para cuidadores, a promoção de programas de prescrição social que facilitem o acesso a recursos de lazer, descanso e apoio domiciliário, bem como o fortalecimento da articulação entre enfermeiros, assistentes sociais e associações locais para construção de planos integrados de apoio.

Para a investigação, é aconselhável quer a realização de estudos longitudinais quer estudos experimentais ou quase-experimentais, de modo a acompanhar a evolução da

sobrecarga ao longo do tempo, a comparação entre cuidadores que recebem diferentes tipos de apoio e a análise de estratégias inovadoras, como telemedicina, grupos de suporte e educação em autocuidado.

No domínio da gestão em enfermagem, os resultados reforçam a necessidade de definir protocolos claros de avaliação e seguimento do cuidador da pessoa dependente, criar equipas multidisciplinares que incluam enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, e assegurar formação contínua em comunicação e apoio psicossocial.

Em síntese, os resultados do estudo salientam que a sobrecarga do cuidador é multifatorial e heterogénea, exigindo intervenções personalizadas que combinem avaliação contínua, suporte emocional, educação, articulação com recursos comunitários e promoção da resiliência.

A implementação destas estratégias contribui para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e utentes dependentes, reforçando a importância das intervenções de enfermagem a nível da Enfermagem de Saúde Familiar na prevenção da sobrecarga e no fortalecimento da saúde familiar.

2.7. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu analisar a sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes e as intervenções dos enfermeiros de saúde familiar na sua mitigação, com contributos relevantes para o alcance dos objetivos propostos, tendo em consideração as limitações metodológicas.

Os cuidadores apresentam maior heterogeneidade em todas as variáveis analisadas (particularmente no tempo como cuidador), o que reflete a diversidade de perfis e de condições associadas à prestação de cuidados.

Os Enfermeiros são um grupo relativamente homogéneo, estável e experiente, com média de quase 20 anos de tempo de serviço e de tempo na CSP. Portanto, um percurso profissional consolidado, o que pode ser um recurso importante no apoio aos cuidadores informais.

Nos cuidadores, apenas a correlação entre a idade e a escolaridade foi estatisticamente significativa, com forte magnitude e orientação negativa, indicando que quanto mais idade menor é o nível de escolaridade. As correlações entre idade, Escala de

Zarit e tempo como cuidador são não-significativas. Porém, observa-se uma tendência, ainda que não significativa, de que cuidadores com mais tempo de experiência relatem menor sobrecarga, o que pode refletir resiliência ou estratégias de adaptação ao longo do tempo.

A análise das variáveis categóricas do grupo de cuidadores da pessoa dependente (sexo, resultado da Escala de Zarit, grau de parentesco e escolaridade) não evidenciou associações claras entre estas variáveis. Devido ao reduzido tamanho da amostra e à natureza categórica dos dados, não foi possível realizar inferências estatísticas robustas.

Os resultados evidenciam que a sobrecarga não é homogênea. Alguns cuidadores experienciam níveis elevados de cansaço físico e emocional, enquanto outros revelam resiliência e bem-estar, sustentados por estratégias pessoais de *coping* e por um apoio familiar consistente. A heterogeneidade de respostas foi identificada tanto através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit como das entrevistas realizadas aos cuidadores das pessoas dependentes, evidenciando que a combinação de métodos quantitativos e qualitativos permite uma compreensão mais completa e aprofundada do impacto do cuidado.

Foram identificados múltiplos fatores influenciadores da sobrecarga, incluindo determinantes estruturais (insuficiência de recursos comunitários), familiares (resistência à ajuda, isolamento social), económicos (limitações financeiras) e pessoais (idade, condição de saúde do cuidador). Estes resultados corroboram a evidência internacionais sobre a complexidade e multidimensionalidade da experiência do cuidador de pessoas dependentes.

No que respeita às estratégias de intervenção, os enfermeiros destacam a orientação familiar, o reforço positivo, o encaminhamento para serviços comunitários e educação para o cuidado ao dependente. Contudo, foram também identificadas barreiras relevantes, como restrições legais, limitações familiares e insuficiência de recursos, que dificultam a prevenção da sobrecarga.

Verificou-se concordância entre cuidadores e enfermeiros quanto à relevância do apoio profissional, embora persistam diferenças na perceção da eficácia das intervenções. Os cuidadores valorizam sobretudo o suporte direto e educativo, enquanto os enfermeiros enfatizam a necessidade de maior articulação com serviços comunitários e políticas de apoio.

A integração de dados quantitativos e qualitativos confirma que, a sobrecarga é influenciada por fatores objetivos (grau de dependência do utente, tempo de cuidado) e subjetivos (resiliência, perceção de apoio). As discrepâncias entre perceções de cuidadores e enfermeiros reforçam a importância de comunicação eficaz, de avaliação contínua e de

intervenções personalizadas, articuladas com recursos comunitários e suporte familiar, para prevenir impactos físicos, emocionais e sociais do cuidar.

Em síntese, o estudo sublinha a relevância da avaliação contínua da sobrecarga e evidencia a importância das intervenções do enfermeiro de saúde familiar como mediador de apoio, educação e encaminhamento.

A triangulação dos dados aponta para que abordagens holísticas e integradas possam ser usadas em estudos futuros, de modo a percebermos a sua efetividade relativamente à promoção da resiliência, redução da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida de cuidadores e utentes dependentes, reforçando a importância da Enfermagem de Saúde Familiar na prática clínica e na promoção de cuidados de saúde primários de qualidade.

3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

As competências a desenvolver durante o Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Familiar, devem estar de acordo com a matriz estabelecida pela OE para a especialidade de Enfermagem Comunitária em Saúde Familiar.

Por conseguinte, e tendo em conta os objetivos do presente estágio, neste capítulo serão descritas as atividades necessárias para desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, conforme publicadas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no Diário da República. Estas são as competências a ser desenvolvidas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade. Segundo a OE, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são:

- “Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

(OE, 2019, p. 4745).

Descrevo também as atividades para desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, também publicado no Diário da República. Estas são competências, tal como indica o nome, desenvolvidas especificamente para os Enfermeiros Especialistas Em enfermagem Comunitárias da Área de Saúde Familiar. Segundo a OE, os domínios das Competências específicas desta especialidade são:

- “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”

(OE, 2018, p. 19355).

Para além da produção de evidência científica, os EEECAESF desenvolvem ainda diversas atividades que visam dar resposta às competências definidas na matriz da OE para a especialidade.

Este capítulo apresenta uma reflexão crítica sobre as competências comuns e específicas do EEECAESF, desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, articulando os referenciais normativos da OE com a prática vivenciada — prática esta em que foram implementadas intervenções de enfermagem baseadas em evidência científica, promovendo o cuidado às famílias e aos seus elementos, bem como contribuindo para a inovação e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto, a reflexão constitui uma ferramenta central, permitindo ao profissional analisar criticamente a sua prática, identificar áreas de melhoria e consolidar aprendizagens adquiridas (Schön, 1983).

3.1. ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO

Como já referi anteriormente, o estágio de natureza profissional realizado numa USF do Norte do país, constituiu uma etapa fundamental no desenvolvimento das competências essenciais para o exercício da Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar.

A realização deste, permitiu a assimilação dos conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares ao longo do mestrado com a prática clínica, proporcionando uma compreensão aprofundada das forças, necessidades das famílias, em particular dos cuidadores de pessoas dependentes.

A experiência em contexto clínico evidenciou a complexidade do papel do cuidador de pessoas dependentes, na sua maior parte familiares, que assumem a responsabilidade de cuidar de uma pessoa da família com dependência. Estudos revelam que os cuidadores de pessoas dependentes enfrentam elevados níveis de sobrecarga, tanto física como emocional, devido à exigência contínua de cuidados e à falta de apoio adequado, como o exemplo do estudo realizado por Carlos Sequeira em 2010, cujo objetivo era a validação da Escala de Zarit para a população portuguesa.

Esta realidade reforça a importância da atuação do enfermeiro de saúde familiar na identificação precoce da sobrecarga e na implementação de estratégias de apoio que promovam o bem-estar do cuidador e da família.

Durante o estágio de natureza profissional, foi possível aplicar instrumentos validados para a avaliação da sobrecarga do cuidador, como a Escala de Zarit. Esta escala foi desenvolvida por Zarit, Reeve e Bach-Peterson em 1980. A utilização deste instrumento

de avaliação permitiu identificar níveis de sobrecarga e direcionar intervenções específicas, que demonstraram eficácia na redução da sobrecarga e na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores (Sequeira, 2010).

A prática clínica proporcionou, ainda, a oportunidade de desenvolver competências específicas, como a avaliação da dinâmica familiar, a identificação de recursos comunitários e a promoção da autonomia do cuidador. Estas competências estão alinhadas com as competências específicas definidas pela OE para a especialidade de Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar, nomeadamente no que se refere à capacidade de prestar cuidados centrados na família.

Para além do projeto de investigação, o estágio de natureza profissional proporcionou a participação em todas as atividades desenvolvidas pelo EEESCASF, considerando a família como unidade central de cuidado.

As consultas de enfermagem de saúde infantil, materna e da mulher incluíram a monitorização do crescimento e desenvolvimento das crianças no contexto familiar, acompanhamento de grávidas e mulheres em idade reprodutiva, vacinação, promoção de hábitos saudáveis e educação para a saúde dirigida tanto a indivíduos como à família.

As consultas de enfermagem de saúde do adulto e do idoso envolveram avaliação, planeamento e intervenções centradas na família, incluindo o acompanhamento de doenças crónicas, como diabetes e hipertensão, com atenção ao impacto destas condições em todos os membros do agregado familiar.

Foram ainda realizados cuidados técnicos, como cuidados de penso e administração de injetáveis, assegurando a qualidade técnica dos procedimentos, integrando a educação para a saúde do indivíduo, do cuidador e da família, reforçando uma abordagem holística e integrada característica da Enfermagem de Saúde Familiar.

Durante o estágio nas consultas de enfermagem, procurei adotar atitudes terapêuticas centradas na família, essenciais na ESF. Estas incluíram comunicação clara e empática, escuta ativa, educação para a saúde individual e familiar, promoção da autonomia dos membros do agregado familiar, observação crítica do contexto familiar e tomada de decisão fundamentada.

A aplicação destas atitudes permitiu oferecer cuidados seguros, éticos e integrados, respondendo às necessidades de toda a família e fortalecendo a sua resiliência e bem-estar, em todas as fases do ciclo de vida.

A realização das visitas domiciliárias permitiu conhecer o contexto familiar e identificar as necessidades individuais de cada família e dos seus elementos e posteriormente, planejar intervenções ajustadas, com especial enfoque na sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes. Neste contexto, a recolha de dados sobre a estrutura familiar, histórico clínico e redes de suporte, bem como a análise da dinâmica familiar ao longo do ciclo vital, possibilitou desenvolver intervenções de enfermagem centradas na família e fundamentadas em evidência científica.

A integração na equipa multidisciplinar da Unidade Funcional facilitou a compreensão do funcionamento da USF, a articulação com outros serviços de saúde e sociais, e a identificação de recursos disponíveis na comunidade. A utilização do sistema SClínico e da linguagem CIPE® reforçou a qualidade e consistência dos registos clínicos.

O estágio de natureza profissional permitiu também a oportunidade de participar na aplicação de planos de auditoria internos, assegurando a melhoria contínua dos cuidados prestados. A reflexão sobre a interação enfermeiro/família permitiu avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem, promovendo o ajuste de estratégias segundo as necessidades do utente/família e a consolidação de aprendizagens, contribuindo para o crescimento profissional e pessoal.

A realização deste estágio em contexto clínico foi importante para consolidar os conhecimentos teóricos, permitindo uma aplicação prática e reflexiva que contribuiu para o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício como EEESCASF, com especial ênfase na intervenção junto aos cuidadores de pessoas dependentes.

3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os domínios de competências comuns são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Ao longo do estágio de natureza profissional o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal esteve presente em cada decisão tomada, ou seja, a prática clínica foi regulada pelo cumprimento do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros.

Todas as intervenções de enfermagem, tal como o projeto de investigação tiveram como foco a promoção do bem-estar, respeitando as preferências, crenças e valores do utente/ família, uma vez que prática ética se fundamentou também, nos princípios bioéticos, promovendo a beneficência, evitando danos (não maleficência) e garantindo justiça na prestação de cuidados, permitindo um equilíbrio entre as intervenção de enfermagem e a autonomia familiar, particularmente no acompanhamento de cuidadores de pessoas dependentes, onde as decisões partilhadas e a escuta ativa foram essenciais para uma intervenção humanizada e útil.

Foi também assegurado o respeito pelos direitos humanos, nomeadamente a dignidade da pessoa, a autonomia nas decisões sobre os cuidados, a liberdade de escolha, e o direito à privacidade durante consultas e visitas domiciliárias. O consentimento informado foi sempre garantido antes da implementação de qualquer intervenção, e o sigilo profissional rigorosamente preservado.

Durante o estágio, todos os aspetos éticos foram garantidos em concordância com todas as normas de ética em investigação, incluindo o respeito pela confidencialidade e anonimato dos participantes. As autorizações e consentimentos necessários foram devidamente obtidos, assegurando a proteção dos direitos de utentes, famílias e USF.

Foi garantida também a aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da ULSMA para o projeto de investigação.

Aquando das visitas domiciliárias, antes da realização da entrevista ou aplicação da escala de Zarit, foi sempre obtido o consentimento informado. Esta prática assegurou o respeito pela autonomia e dignidade dos cuidadores de pessoas dependentes e dos

enfermeiros de família também entrevistados, reforçando decisões éticas e legalmente fundamentadas, em concordância com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros.

A reflexão sobre este processo permitiu compreender a importância da comunicação clara e da partilha de informações de forma transparente, fortalecendo a confiança entre o enfermeiro e o utente/família.

Para além do consentimento informado, os registos de dados no SClínico foram realizados com atenção rigorosa à confidencialidade e integridade da informação, destacando-se a importância de manter os princípios éticos no que se refere aos registos de enfermagem e aos processos dos utentes.

A reflexão sobre este procedimento evidenciou como o sigilo profissional é essencial nos cuidados de enfermagem.

3.2.2. Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

O domínio da melhoria contínua da qualidade tornou-se especialmente significativo através do projeto de investigação sobre a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente, uma vez que constituiu um exemplo concreto, permitindo delinear intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

Destaco também a sessão de formação, por mim realizada no primeiro estágio, sobre a Escala de Zarit. Esta sessão teve como público-alvo a equipa multidisciplinar da USF, sendo que os objetivos eram uniformizar a aplicação da escala para avaliação da sobrecarga do prestador de cuidados, harmonizar os registos no SClínico, contribuir para a prevenção da sobrecarga dos cuidadores e promover uma atuação atempada e intervenção eficaz junto das famílias em situações de sobrecarga.

A complexidade dos registos no SClínico e a escassez de tempo para a sua realização de forma detalhada evidenciam a necessidade de estratégias de otimização dos sistemas e da gestão do tempo, de modo a assegurar a qualidade e a veracidade da informação registada.

Durante o estágio, a melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida nas várias áreas da prática clínica, através da realização de consultas de enfermagem e projetos de investigação.

A reflexão crítica sobre a realização de consultas de enfermagem de saúde infantil, materna e da mulher, evidenciou a necessidade de adaptar continuamente as abordagens clínicas às características de cada família, garantindo que os cuidados prestados fossem centrados no utente/família e consistentes com as melhores práticas de enfermagem.

A avaliação contínua do estado clínico e das necessidades de cada utente permitiu identificar oportunidades de melhoria na gestão dos cuidados e ajustar os planos de intervenção nas consultas de enfermagem de saúde do adulto e do idoso, incluindo aqui também, o acompanhamento de utentes com doenças crónicas como diabetes e hipertensão.

A adaptação do projeto de investigação às respostas dos cuidadores mostrou a importância de implementar mudanças fundamentadas em evidência, promovendo intervenções mais ajustadas e eficazes. Assim, a integração destas experiências, dos enfermeiros e dos cuidadores de pessoas dependentes, evidenciou que a melhoria contínua da qualidade envolve quer a atualização e partilha de conhecimentos, quer a reflexão sobre a prática clínica, a adaptação de intervenções e a busca constante de estratégias que aumentem a segurança, a eficácia e o bem-estar das famílias acompanhadas.

É evidente a importância da aplicação de um projeto de investigação, uma vez que recorrer à evidência científica para fundamentar decisões é essencial na prática clínica. A melhoria contínua traduz-se igualmente na capacidade de implementar mudanças que impactem positivamente a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias.

Durante o estágio, manteve-se sempre a preocupação de promover um ambiente terapêutico e seguro, assegurando a proteção dos utentes, das famílias e dos profissionais, numa perspetiva multidimensional. Em todas as intervenções, procurou-se garantir a prevenção de acidentes ou incidentes através da gestão adequada dos riscos na execução dos cuidados.

3.2.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

A gestão dos cuidados de enfermagem exige uma constante capacidade de articular prioridades, recursos e intervenções em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

Durante o estágio, verificou-se que a gestão dos cuidados não se limita ao planeamento e à execução de intervenções, mas implica também escutar, negociar e promover consensos entre os diferentes elementos da equipa da USF, visando a otimização da qualidade dos cuidados e o alcance de objetivos comuns.

A experiência de cuidar dos utentes e das suas famílias, numa perspetiva colaborativa, demonstrou que a gestão em enfermagem só adquire verdadeiro significado quando exercida com flexibilidade, ajustando-se à realidade concreta das pessoas e promovendo cuidados de qualidade centrados na família.

Neste contexto, também o projeto de investigação sobre a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente exigiu competências de gestão, inerentes a toda a metodologia que um estudo desta natureza requer. A recolha de dados, o envolvimento dos cuidadores e da equipa de enfermagem ilustraram a importância de gerir de forma eficaz o tempo, os recursos e a comunicação, garantindo que o processo decorresse com rigor metodológico e, simultaneamente, com sensibilidade para as necessidades das famílias cuidadoras e dos seus elementos dependentes.

A adaptação do projeto de investigação às respostas dos cuidadores constituiu uma oportunidade prática de verificar as necessidades de mudanças baseadas em evidência. Por exemplo, durante as entrevistas, verifiquei que alguns cuidadores apresentavam dificuldades em compreender uma ou outra questão da entrevista, desta forma, houve a necessidade de ajustar a forma de aplicação, explicando com linguagem simples e exemplos contextualizados.

Estas modificações que temos de realizar durante a prática clínica são importantes para realizar cuidados de enfermagem mais precisos e direcionar intervenções educativas e de suporte mais eficazes, e desta forma melhorar a qualidade do cuidado prestado e promovendo o bem-estar dos utentes/famílias.

No domínio da gestão dos cuidados, a organização das visitas domiciliárias foi feita considerando prioridades clínicas e recursos disponíveis. As visitas foram planeadas de forma a otimizar o tempo, evitando sobreposição de deslocações e garantindo atenção individualizada a cada família.

Além disso, a recolha de dados para o projeto de investigação exigiu uma gestão cuidadosa do tempo, dos recursos disponíveis e da comunicação com os cuidadores e com a equipa de enfermagem. Foi essencial assegurar que todas as informações fossem registadas de forma precisa e confidencial, mantendo a qualidade da investigação sem comprometer a segurança, o conforto ou o bem-estar das famílias acompanhadas.

No final do estudo, todos os dados recolhidos serão destruídos, garantindo a confidencialidade e proteção total da informação dos participantes.

Apesar da relevância dos registos clínicos para a comunicação e segurança do cuidado, constatei que os sistemas informáticos apresentam elevada complexidade, exigindo tempo considerável para o seu preenchimento. No entanto, a pressão assistencial e a falta de tempo disponibilizado pelo serviço constituem limitações que comprometem a realização de registos mais completos e diferenciados.

Esta constatação reforçou a importância da gestão eficiente dos recursos e da procura contínua por estratégias que permitam melhorar a qualidade da documentação em enfermagem, sem comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados.

3.2.4. Competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.”

(Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Durante o estágio de natureza profissional, este domínio revelou-se essencial para o meu crescimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar. A aplicação prática dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares permitiu consolidar o autoconhecimento já presente na minha atividade profissional e desenvolver a assertividade necessária para lidar com situações complexas, sempre em articulação com os princípios éticos e científicos que orientam a profissão.

O contacto direto com famílias e cuidadores permitiu a reflexão crítica da prática clínica, através da procura de estratégias e outras formas intervenções de enfermagem. A utilização de instrumentos como a linguagem CIPE presente no SClinico e o MDAIF ajudou-me a estruturar cuidados mais sistematizados, ajustados à realidade de cada família. Por

outro lado, constatou-se que a comunicação terapêutica e a adaptação da linguagem à literacia em saúde dos utentes são fatores determinantes para garantir uma intervenção eficaz e compreendida.

Este percurso esteve sempre acompanhado pela pesquisa de evidência científica atualizada, o que reforçou a importância de uma prática clínica sustentada no conhecimento. A investigação que desenvolvi sobre a sobrecarga do cuidador foi particularmente marcante, permitindo integrar teoria, prática e reflexão de forma dinâmica baseando assim, a prática clínica especializada em evidência científica.

3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR

Os domínios de competências Específicas em Enfermagem Comunitária na área da Saúde Familiar são duas: cuidar da família enquanto unidade de cuidados, em todas as fases do ciclo vital e em diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção.

3.3.1 Competências do domínio do cuidar da família enquanto unidade de cuidados

“Considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições”. (Regulamento n.º 428/2018, p. 19357).

Considerando a família como unidade de cuidados, a avaliação familiar foi realizada tanto neste estágio como no anterior, com base no MDAIF, que permitiu identificar a estrutura familiar, as relações interpessoais, as redes de apoio disponíveis e potenciais vulnerabilidades (Figueiredo, 2012).

A utilização de instrumentos estruturados como o genograma e o ecomapa possibilitou uma compreensão aprofundada das relações familiares, das suas transições ao longo do ciclo vital para posterior implementação de intervenções de enfermagem preventivas e promotoras de saúde.

As entrevistas aplicadas aos cuidadores de pessoas dependentes constituíram uma experiência enriquecedora deste estágio de natureza profissional, permitindo constatar a importância da aplicação de intervenções individualizadas, fundamentadas em evidência científica, com o objetivo de prevenir a sobrecarga do cuidador e promover o seu bem-estar físico e emocional. Durante as entrevistas, coloquei em prática algumas destas intervenções, nomeadamente educação para a saúde, aconselhamento, escuta ativa e informação sobre recursos da comunidade.

Aquando das consultas de enfermagem, sempre que possível, realizei uma avaliação familiar segundo MDAIF considerando a família como unidade de cuidados. Foram identificadas necessidades das famílias, dos seus elementos assim como, a dinâmica familiar.

Após a avaliação familiar elaborei um plano de cuidados, promovendo a capacitação da família através de aconselhamento individualizado, educação para a saúde e encaminhamentos para recursos comunitários, adaptando as intervenções às transições e necessidades específicas de cada membro.

A avaliação familiar exige tempo, recurso que atualmente não é possível disponibilizar de forma adequada, dado que a organização dos cuidados de saúde primários não favorece a sua realização. Torna-se necessário alocar mais tempo às visitas domiciliárias, permitindo conhecer o contexto familiar e analisar de forma rigorosa o histórico e as relações entre os membros.

Esta abordagem permite ao ESF uma compreensão aprofundada da dinâmica familiar no binómio saúde/doença, a identificação de fatores de risco e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem orientadas para o planeamento e implementação de estratégias que promovem mudanças positivas nas transições complexas de saúde das famílias.

Nas consultas de enfermagem, apliquei a avaliação integral do utente e da família, monitorizando crescimento infantil, estado de saúde da mulher, e acompanhamento de doenças crónicas no adulto e idoso, ajustando recomendações ao contexto familiar e reforçando a prática de cuidados centrados na família, fundamentados em evidência científica e no respeito pela autonomia e bem-estar de todos.

A experiência deste estágio revelou a importante dimensão do trabalho do enfermeiro de saúde familiar. As famílias são únicas e diferentes, com necessidades diversas, constituídas por indivíduos em distintas fases do ciclo vital, cada um com as suas próprias necessidades e ambições.

Desta forma, por trás de cada situação clínica existe uma história de vida, de dedicação e de esforço, sendo essencial adaptar as intervenções ao contexto real da família, potenciando os recursos disponíveis e promovendo mudanças significativas no seu quotidiano.

3.3.2. Competências do domínio liderar e colaborar em processos de intervenção em saúde familiar

“Gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família”.
(Regulamento n.º 428/2018, p. 19358).

Durante o estágio, a execução integral do projeto de investigação sobre a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente constituiu uma oportunidade importante para desenvolver competências de liderança e colaboração. A organização de toda a metodologia, a recolha de dados junto dos cuidadores e a articulação com a equipa de enfermagem foram realizadas de forma autónoma, exigindo mobilização eficiente de recursos e tomada de decisões fundamentadas em evidência científica.

O ato de liderar implica não apenas gerir tarefas, mas também promover a cooperação, a comunicação clara e a tomada de decisões fundamentadas em evidência científica. A intervenção junto dos cuidadores revelou a importância de equilibrar a eficácia das estratégias com a sensibilidade às necessidades individuais, reforçando o impacto positivo da ação do enfermeiro tanto nas famílias como no funcionamento da equipa multidisciplinar.

A gestão de tempo e tarefas é neste momento, um desafio para os ESF, uma vez que estes devem disponibilizar mais tempo para as visitas domiciliárias e também para cuidar dos utentes que procuram cuidados em contexto da unidade funcional, motivando os mesmos e as suas famílias a alterarem hábitos de vida de forma a beneficiar o seu estado de saúde. Os ESF devem realizar ensinamentos para a saúde pertinentes, de forma a auxiliar os indivíduos e as suas famílias nas adaptações necessárias e orientações práticas perante mudanças de saúde.

O projeto de investigação permitiu também fundamentar que, ao cuidar das famílias, o Enfermeiro de Saúde Familiar deve gerir, articular e mobilizar os recursos de saúde, comunitários ou outros necessários à prestação de cuidados à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do presente estágio foram atingidos, uma vez que me permitiram desenvolver e consolidar as competências específicas em EEECAESF, bem como realizar um estudo de investigação, evidenciando de forma clara a relevância da investigação e da formação contínua em enfermagem.

A realização deste estágio possibilitou a mobilização e integração das competências específicas do EEECAESF em contexto prático de prestação de cuidados, permitindo a aplicação efetiva dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares. Esta experiência evidenciou a complexidade da ESF e reforçou a importância da articulação entre prática clínica, reflexão crítica e investigação como pilares indissociáveis da prática avançada em enfermagem.

O estudo desenvolvido demonstrou que a sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes é heterogénea e multifatorial, afetando maioritariamente mulheres. Fatores como apoio familiar consistente, acesso à informação adequada e resiliência pessoal revelaram-se determinantes na perceção da sobrecarga.

A intervenção do enfermeiro de família emergiu como essencial, destacando-se pela avaliação contínua, orientação, encaminhamento e educação, e sublinhando a necessidade de estratégias individualizadas que promovam o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores e dos utentes dependentes.

Os resultados reforçam a importância da avaliação sistemática da sobrecarga, da oferta de suporte emocional e educativo, bem como a articulação com recursos comunitários. Intervenções de carácter holístico e centradas na família consolidam a prática da ESF, promovem qualidade de vida e reforçam o papel do enfermeiro como mediador fundamental na prevenção da sobrecarga do cuidador.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos permitiu analisar a mesma realidade sob múltiplas perspetivas: desde cuidadores com níveis elevados de cansaço físico e emocional até outros que demonstram resiliência, apoiados em estratégias de *coping* e no suporte familiar. Foram identificados fatores estruturais, familiares, económicos e pessoais que influenciam a sobrecarga, confirmando evidências nacionais e internacionais sobre o papel crítico dos cuidadores de pessoas dependentes.

Os enfermeiros de saúde familiar destacaram a importância da orientação familiar, do reforço positivo, do encaminhamento para serviços comunitários e da educação em saúde, embora reconheçam barreiras como limitações de recursos e constrangimentos familiares. A análise integrada dos resultados confirma que a comunicação eficaz, a avaliação contínua

e as intervenções personalizadas são essenciais para promover resiliência e qualidade de vida, reforçando o papel central da ESF.

Através da análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio, reconheci a complexidade da ESF, evidenciando que os cuidados prestados pelos EEECAESF se alicerçam nas suas competências específicas em Enfermagem Comunitária, aplicadas quer em consultas no domicílio, quer em unidades de saúde. Este percurso formativo foi, assim, marcado por aprendizagens significativas que permitiram consolidar as competências comuns e específicas do EEECAESF.

O estágio favoreceu o desenvolvimento das competências que consolidam a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e a capacidade de intervir com base em evidência científica. No domínio específico, a avaliação da família como unidade de cuidados e a liderança em processos de intervenção permitiram implementar ações individualizadas, prevenir a sobrecarga dos cuidadores e promover o bem-estar familiar.

Reconheço, contudo, algumas limitações: o período limitado de estágio impossibilitou a realização de um estudo longitudinal, que teria permitido avaliar o impacto das intervenções ao longo do tempo; e a necessidade de maior articulação entre diferentes serviços de saúde e apoio às famílias, como os serviços de assistência social e de psicologia mostrou-se evidente, reforçando a urgência de investir em recursos que apoiem cuidadores de pessoas dependentes.

A conciliação entre vida profissional e pessoal constituiu igualmente um desafio, especialmente na concretização do estudo de investigação e do relatório final.

Em síntese, a realização deste estágio de mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, representou uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal, permitindo consolidar conhecimentos teóricos e práticos, aplicar competências avançadas e refletir criticamente sobre o papel do EEECAESF.

Pretendo, a partir desta experiência, enriquecer a minha prática profissional, promover a saúde das famílias e contribuir para o fortalecimento da Enfermagem de Saúde Familiar, alicerçada em evidência científica e orientada para a excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albani, E. N., Toska, A., Togas, C., Rigatos, S., Vus, V., Fradelos, E. C., Tzenalis, A., & Saridi, M. (2023). Burden of caregivers of patients with chronic diseases in primary health care: A cross-sectional study in Greece. *Healthcare*, 11(15), Article 2159. <https://doi.org/10.3390/healthcare11152159>
- Alves, E. V., Flesch, L. D., Chachioni, M., Neri, A. I., & Batistoni, S. S. (2018). The double vulnerability of elderly caregivers: Multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(3), 312–322.
- Assembleia da República. (2023). *O ato fundador do SNS nas atas do debate parlamentar*. Lisboa, Portugal. <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/O-ato-fundador-SNS-atas-debate-parlamentar.pdf>
- Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11(4), 293–300. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0321-0>
- Bardín, L. (2016). *Análise de conteúdo* (4.^a ed.). Edições 70.
- Becqué, Y. N., Rietjens, J. A. C., van der Heide, A., & Witkamp, E. (2025). Failed implementation of a nursing intervention to support family caregivers: An evaluation study using Normalization Process Theory. *Journal of Advanced Nursing*, 81(2), 937–952. <https://doi.org/10.1111/jan.16261>
- Bernabéu-Álvarez, C., & Costa, E. (2024). Impacto dos grupos de apoio na sobrecarga de cuidadores familiares em Portugal. *Revista Paulista de Enfermagem*, 35, 1–14. <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2024v35a02>
- Bobbitt, Z. (2021). *How to interpret Cramer's V (with examples)*. <https://www.statology.org/interpret-cramers-v/>
- Borges, F., Faria, S., & Costa, T. (2023). *Manual de acolhimento de alunos, internos e novos profissionais – Administração Regional de Saúde do Norte, IP, ACeS Ave – Famalicão, USF S. Miguel-o-Anjo*.
- Bousso, R. S. (2008). A teoria dos sistemas familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 12(2), 257–261. <https://doi.org/10.5935/2316-9389.2008.v12.50615>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). *Cuidadores familiares de pessoas com demência. Diálogos em Neurociência Clínica*, 11(2), 217–228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1.^a série A, n.º 109, 3856–3865. <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que cria unidades locais de saúde. *Diário da República* n.º 215/2023, Série I. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-217894582>

- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. *Diário da República – I Série*, n.º 149, 4069–4071.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-57180893>
- Deodato, S. A. (2022). *Conceito de culpa em enfermagem: Implicações éticas na prática de cuidado*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 110–125.
- Dias, P. C., Guedes, F. M., Freitas, I., Nunes, A., & Cabrita, J. M. (2023). Sobrecarga dos cuidadores informais nos cuidados de saúde primários. *Gazeta Médica*, 10(3), 174–178.
<https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/520>
- Dixe, M. A. C. R., & Querido, A. I. F. (2020). *Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: Fatores de sobrecarga*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria.
- Eurostat. (2024). *Estrutura da população e envelhecimento*. União Europeia.
<https://ec.europa.eu/eurostat>
- Ferreira, C. G., Alexandre, T. da S., & Lemos, N. D. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária [Factors associated with the quality of life of caregivers of elderly individuals in home care]. *Saúde e Sociedade*, 20(2).
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200012>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Rosa, B., ... Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13–19.
<https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2806>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar: Estudos de caso*. Lusodidacta.
- Figueiredo, M. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- França, D. C., Festa, A. J., Santos, P. M., Peixoto, M. J., & Araujo, M. F. (2022). A conceção de cuidados refletida na documentação dos enfermeiros responde às necessidades/dificuldades do prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), E21106.
<https://doi.org/10.12707/RV21106>
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- IFNA – International Family Nursing Association. (2017). *Core competencies for family nursing practice*. IFNA. <https://www.ifi.org>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). (2024). *Índice de envelhecimento: 192,4 idosos por cada 100 jovens em 2024* [Estatística]. <https://www.ine.pt>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (Eds.). (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6ª ed.). F.A. Davis Company.
- Krutter, S., Schaffler-Schaden, D., Essl-Maurer, R., Wurm, L., Seymer, A., Kriechmayr, C., ... Flamm, M. (2020). Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals

- regarding caregiver burden in dementia care: Results of a mixed methods study in a rural setting. *Age and Ageing*, 49(2), 199–207.
- Loureiro, L. de S. N., Fernandes, M. G. M., Nóbrega, M. M. L., & Rodrigues, R. A. P. (2014). Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: Associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), Mar–Apr. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140030>
- Mateus, M. do N., & Fernandes, S. C. B. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes [Resilience of informal family caregivers of elderly dependents]. *EDUSER: Revista de Educação*, 11(1), 145–162.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1993). *Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation*. In C. B. Danielson et al. (Eds.), *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention*. St. Louis: CV Mosby.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários*. Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Melo, R. M. C., Rua, M. S., & Santos, C. S. V. de B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14018>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC). (2023, 10 de março). *Tomada de posição n.º 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posicao-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf
- Ministério da Saúde. (2025). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Monteiro, G. R. S. S., Moraes, J. C. O., Costa, S. F. G., Gomes, B. M. R., França, I. S. X., & Oliveira, R. C. (2016). Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Aquichan*, 16(4), 487–500. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Morais, C. (2023). *Guia orientador de estágio – Mestrado Enfermagem Comunitária área de Enfermagem de Saúde Familiar* – Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar.
- Oliveira, S. G., Mello, F. E. de, Dias, L. V., Cordeiro, F. R., Porto, A. R., & Hartmann, M. (2021). Instrumentos para avaliar a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores. *Avances en Enfermería*, 39(1), 77–89. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.84428>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados enfermeiro especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

- Organização Mundial da Saúde. (1978, setembro 6–12). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Páscoa, R., Teixeira, A., & Monteiro, H. (2022). Associação de estilo de vida e fatores sociodemográficos na multimorbidade: Um estudo transversal em Portugal. *BMC Public Health*, 22, 14640. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14640-5>
- Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. FORMASAU, Formação e Saúde. <https://hdl.handle.net/1822/21668>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Prazeres, F. (2025). Nationwide study on multimorbidity prevalence: 7.64 million primary healthcare users in Portugal with multiple chronic conditions. *Public Health*, 240, 18–20. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.01.005>
- Pusa, S., Saveman, B.-I., & Sundin, K. (2022). Family systems nursing conversations: Influences on families with stroke. *BMC Nursing*, 21(1), Article 108. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00873-7>
- Rego, T. (2024, novembro 18). *Enquadramento teórico – Do trabalho académico*. BachelorPrint. <https://www.bachelorprint.es/pt/estrutura/enquadramento-teorico/>
- Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, II Série, n.º 26/2019*. 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, II Série, n.º 135/2018*. 16 de julho de 2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Santos, W. P., de Freitas, F. B. D., de Sousa, V. A. G., Oliveira, A. M. D., das Mercês Pontes Santos, J. M., & André Gouveia, B. de L. (2019). Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos

- Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., Polentinos-Castro, E., Sánchez-Ruano, R., Rayo-Gómez, M. Á., del Cura-González, I., CuidaCare Group. (2022). Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic conditions: A gender-differentiated analysis in a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21, 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-x>
- Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). *Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology*. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243–258. <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240–249.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 9–16. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&id_artigo=2173
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(3). <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12160>
- Unidade Local de Saúde do Médio Ave (ULSMA). (2025). *Cuidados de saúde primários*. Ministério da Saúde. <https://www.ulsmave.min-saude.pt/cuidados-de-saude-primarios/>
- Viegas, L., & Rodrigues, F. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 97–110. <https://doi.org/10.37914/RIIS.V5I1.197>
- Viegas, L. M., Fernandes, A. M. A., & Veiga, M. dos A. P. L. F. (2018). Intervenção de enfermagem no cuidador familiar do idoso com dependência: estudo piloto. *Revista Baiana De Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25244>
- Wang, T., Xiao, L. D., Ullah, S., He, G., & De Bellis, A. (2018). The needs of informal caregivers and barriers of primary care workers toward dementia management in primary care: A qualitative study in Beijing. *BMC Family Practice*, 19, 201. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0890-7>
- Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zhang, Y., Dong, X., Zhang, Q., Xu, X., & Zhang, W. (2024). Caregiving risk perception characteristics and associated factors among informal caregivers of older adults with disabilities: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 536.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02211-5>

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE ZARIT

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010, 2018)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
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?					

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE ZARIT

11/08/24, 20:46

Correio – Emília Cristiana Martins Couto – Outlook

Pedido de autorização para aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview)

carlossequeira@esenf.pt <carlossequeira@esenf.pt>

ter, 09/07/2024 14:39

Para: Emília Cristiana Martins Couto <ecouto@ulsaave.min-saude.pt>

2 anexos (86 KB)

info_utiliza_instrumentos (1).doc; escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc;

Estimada Emília Cristiana Martins Couto

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população portuguesa, no seu estudo.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto

Professor Coordenador Principal na ESEP

CINTESIS@RISE and Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

Coordenador da UNIESEP

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

ANEXO III – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GUIÃO DA ENTREVISTA

- **População-alvo: enfermeiros**

DADOS PESSOAIS

Idade: _____

Estado Civil: _____

Título de especialista/mestrado em enfermagem familiar: _____

Habilitações profissionais: _____

Tempo de serviço: _____

Tempo de serviço enquanto enfermeiro de família numa unidade dos CSP: _____

- Em relação aos cuidados de enfermagem prestados em famílias com utentes dependentes, é sua prática identificar/avaliar a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente? Como realiza essa avaliação?
- Em caso afirmativo, pode por favor descrever o processo de aplicação/ frequência?
- Como identifica as necessidades do cuidador da pessoa dependente?
- Que tipo de intervenções de enfermagem desenvolve para prevenir a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e/ou perante situação de sobrecarga do mesmo?
- Quais os condicionalismos (aspetos facilitadores e dificultadores/limitações) com que se confronta habitualmente na sua prática clínica no sentido de prevenir a sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e/ou perante situação de sobrecarga do mesmo?
- Quais os recursos de saúde/ comunidade que conhece no âmbito da prevenção da sobrecarga do cuidador da pessoa dependente e/ou perante situação de sobrecarga? Como os mobiliza na sua prática clínica? Em caso afirmativo, quais sugere ou recomenda com maior frequência?
- Pretende acrescentar algum contributo/experiência profissional que entenda ser pertinente ao estudo e que não foi abordada durante a entrevista?

- **População-alvo: cuidadores**

DADOS PESSOAIS

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Há quanto tempo é cuidador do utente dependente? _____

Aplicarei questões abertas, no decorrer da aplicação da escala de Zarit aos cuidadores dos utentes dependentes:

- Sente-se sobrecarregado nos cuidados que presta?
- O que contribui para a sobrecarga que sente?
- Em relação aos cuidados de enfermagem prestados pela equipa da USF:
 - O que pensa sobre esses cuidados? Há alguma coisa que gostaria que fosse diferente nesses cuidados?
 - Os enfermeiros têm dado resposta à sua situação?
 - Como poderiam ir aos enfermeiros ao encontro das suas necessidades?

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

**Consentimento Informado, livre e Esclarecido para Participação em Investigação
(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

Título do estudo: Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do país: Intervenções dos Enfermeiros de Saúde Familiar.

Enquadramento: Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar S. Miguel-O-Anjo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Carminda Morais, Professora Catarina Magalhães e da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar Susana Faria.

Explicação: Os cuidadores desempenham um papel crucial na manutenção da qualidade de vida das pessoas dependentes. O enfermeiro de família tem a importante função de atender às necessidades tanto da pessoa dependente quanto do seu cuidador, ambos sujeitos à sobrecarga associada ao papel de prestador de cuidados. Reconhecer e avaliar essa sobrecarga é fundamental para desenvolver intervenções de enfermagem eficazes, cuidando também de quem cuida.

Condições e Financiamento: A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou de outra natureza. Se decidir participar, poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

Confidencialidade e Anonimato: Este estudo certifica o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados colhidos. Nenhuma informação que possa identificar os participantes será incluída em relatórios ou publicações resultantes do estudo.

Consentimento: Declaro ter compreendido os objetivos esclarecidos pelo profissional de saúde que assina este documento, ter tido a oportunidade de fazer todas as questões necessárias e recebido respostas esclarecedoras, ter sido assegurada que minha decisão de recusar esta solicitação não prejudicará meus direitos assistenciais, para além de, ter tido tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

|_____|

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

... ..

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Muito obrigada pela colaboração.

Enfermeira Emília Cristiana Martins Couto, telemóvel: 967377673

Qual o destino a dar aos documentos de consentimento informado: Os registos dos dados serão destruídos após a transcrição, num período máximo de seis meses após a mesma. A segurança e a proteção dos dados são asseguradas através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe acedido apenas pelos investigadores.

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS

Conselho de Administração
Ata n.º 03 de 21/01/2015

Aut. de Reg. de Inf. e Estat. de Saúde



REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO

DESPACHO FINAL:

REQUERIMENTO N.º

1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: Emília Cristiane Martins Paula

Categoria Profissional: Enfermeira

Telefone: 963377673

Serviço: USF Anjo / USF Alto do

E-mail: emilia@anjo.mn.gov.br

REQUERENTE: ☐ Interno ☒ Externo

Função que exerce na instituição: Historiada no Curso de Enfermagem Comunitária Área de Enfermagem de Saúde Familiar

2. REQUISITÃO

EU, O SR. PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CREA, EPB, O Requerente, acima identificado, no ato do disposto na Lei nº 28/2015, de 22 de Agosto, para efeitos do acesso de investigar estudo " Submissão de dados de pacientes em âmbito do qual foram os documentos sobre o atendimento de enfermeiros de Saúde Familiar " dependente de um USF do NER de Paz, Intervenção de enfermeiros de Saúde Familiar, requerer a V. Ex.ª se dê a seguinte:

- ☐ Acesso a Processos Clínicos
- ☒ Aplicação de inquéritos, a usuários e/ou familiares
- ☐ Outros:

Serviço / Entidade em que desenvolverá o estudo: USF S. Hiquel - O Anjo

MODALIDADES DE ACESSO À INFORMAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO	
☒	Com anonimização dos dados
☒	Com consentimento dos titulares dos dados
☐	Consulta aos processos clínicos

Declaro, sob compromisso de honra:

- a) Que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares dos processos;
- b) Que me comprometo a fornecer, privo ao deferimento, todos os esclarecimentos solicitados pela Comissão de Ética desta instituição;
- c) Que entregarei à Comissão de Ética um exemplo do trabalho qualquer que seja o destino com me seja dado, o
- d) Que apenas iniciarei a investigação após ter conhecimento formal do deferimento.

ANEXOS	
☒	Resumo / Projeto do Trabalho de Investigação
☒	Declaração de inexistência de potencial conflito de interesses do requerente e o vínculo no qual surge a investigação
☐	Lista dos processos clínicos, se aplicável
☒	Questionários / Inquéritos a utilizar
☒	Modelo(s) de Consentimento Informado
☒	Perceções do Responsável de Serviço / Orientador Científico
☒	Curriculum Vitae resumido (1 página)
☒	Cronograma, com indicação do período de recolha de dados



COMUNICAÇÃO INTERNA

INFORMAÇÃO

C. Ética/24/2024

03 10 24

12

PROPOSTA

X

DATA: 16/09/2024

PARECER

DELIBERAÇÃO

ASSUNTO:

Parecer da Comissão de Ética da ULS do MAve EPE

DESTINATÁRIO: Presidente do Conselho de Administração da ULS do MAve EPE

C/ CÔPIA:

Título do Projeto de Investigação: "Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do país: Intervenções das Enfermeiras de Saúde Familiar"

Tipo de Estudo: Estudo de Caso

Objetivo Principal do Estudo: Contribuir para mudança/ inovação de práticas clínicas, de forma a prevenir a sobrecarga e consequentemente promover o bem-estar do cuidador

Pertinência do Estudo: O envelhecimento da pessoa inerente ao processo biológico normal, traz mudanças; a pessoa idosa torna-se mais dependente dos seus cuidadores/família nas atividades de vida diárias. A sobrecarga dos cuidadores representa um desafio que afeta não apenas a qualidade de vida dos cuidadores, mas também o bem-estar dos dependentes. O enfermeiro de família tem a importante função de atender às necessidades tanto da pessoa dependente quanto do seu cuidador

População-alvo: Cuidadores de pessoas dependentes e enfermeiros de família da Unidade de Saúde Familiar de S. Miguel-O-Anjo pertencente à ULS do MAve

Procedimento de recolha e análise dos dados: Os dados serão obtidos por entrevista, após consentimento informado de cada um dos participantes, e serão efetuadas as entrevistas necessárias até à saturação da informação.

Investigador local: Emília Cristiana Martins Couto



COMUNICAÇÃO INTERNA

Curriculum do Investigador local: Adequado ao estudo.

Conclusão: Apreciada a documentação disponibilizada pelos investigadores, considera-se que estamos perante o desenho de uma investigação pertinente, com interesse público, e sem nenhum impedimento ético ao seu desenvolvimento. Relembra-se, que deverão ser enviadas a esta Comissão de Ética as conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética



José Manuel Gonçalves Oliveira

Assunto: Autorização de Estudo | Deliberação CA - 21/01/2025

Exma Senhora

Enfª Emilia Cristiana Martins Couto

Na sequência do pedido de realização de estudo subordinado ao tema: *"Sobrecarga do cuidador da pessoa dependente de uma USF do Norte do país: intervenção dos Enfermeiros de Saúde Familiar"*, cumpre-nos informar que o mesmo foi autorizado nos termos dos pareceres da RAI e da Comissão de Ética.

Anexa-se cópia do documento com a evidência de autorização proferida pelo Conselho de Administração do CHMA.

Com os melhores cumprimentos,



Secretariado do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE

Jaracó Dominant Moreira | 4780-371 Santo Tirso

ANEXO VI – PROCEDIMENTOS ESTADÍSTICOS COMPLETOS

Procedimentos estatísticos

Todos os cálculos foram realizados no SPSS v.28.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$).

A análise exploratória de dados foi efetuada com a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e com a média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV), valores mínimos (Mín) e máximos (Máx) para as variáveis quantitativas.

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Spearman (r_s). A interpretação da magnitude da correlação foi feita segundo o intervalo de correlação apresentado em Pestana & Gageiro (2014, p.347), conforme apresentado abaixo:

$|r_s| \leq 0.19$ correlação muito fraca

$0.20 \leq |r_s| \leq 0.39$ correlação fraca

$0.40 \leq |r_s| \leq 0.69$ correlação moderada

$0.70 \leq |r_s| \leq 0.89$ correlação forte

$0.90 \leq |r_s| \leq 1.0$ correlação muito forte

A verificação da existência de relações de independência entre duas variáveis qualitativas foi efetuada pelo teste de independência do qui-quadrado de Pearson (χ^2). Este teste pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em caso de incumprimento dos pressupostos, optamos pelo teste Exato de Fisher em tabelas 2x2 ou pelo teste exato de Fisher-Freeman-Halton em tabelas maiores que 2x2.

O tamanho do efeito foi calculado pela estatística V Cramér, que para além da importância prática, indica também a força da associação entre as variáveis categóricas presentes na tabela de contingência.

Em função do número de graus de liberdade ($gl=L-1 \times C-1$, onde L é o número de linhas e C o número de colunas) adotamos a classificação, apresentada por Bobbitt (2021).

ANEXO VII – ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CATEGÓRICAS

Associação entre variáveis categóricas dos cuidadores

	χ^2	p	V
+ Cuidadores			
Sexo e Escala de Zarit	1.213	1.000 ^{FFH}	0.320 ^[2]
Parentesco e Escala de Zarit	2.146	1.000 ^{FFH}	0.215 ^[2]
Escolaridade e Escala de Zarit	6.268	0.894 ^{FFH}	0.424 ^[3]

FFH – teste exato de Fisher-Freeman-Halton

TEF – teste exato de Fisher

[2] tamanho do efeito médio [3] tamanho do efeito grande

Cruzamento entre Resultado na Escala de Zarit e Sexo

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Resultado na Escala de Zarit	Sem sobrecarga	n	7	2	9
		n esperado	7.8	1.2	9.0
		% within Resultado EZ	77.8%	22.2%	100.0%
		% within Sexo	53.8%	100.0%	60.0%
		% Total	46.7%	13.3%	60.0%
	Sobrecarga ligeira	n	2	0	2
		n esperado	1.7	0.3	2.0
		% within Resultado EZ	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Sexo	15.4%	0.0%	13.3%
		% Total	13.3%	0.0%	13.3%
	Sobrecarga intensa	n	4	0	4
		n esperado	3.5	0.5	4.0
		% within Resultado EZ	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Sexo	30.8%	0.0%	26.7%
		% Total	26.7%	0.0%	26.7%
	Total		13	2	15
			13.0	2.0	15.0
			86.7%	13.3%	100.0%
			100.0%	100.0%	100.0%
			86.7%	13.3%	100.0%

Resultado na Escala de Zarit e Grau parentesco com pessoa cuidada

			Grau parentesco com pessoa cuidada			Total
			conjuge	filho	mãe	
Resultado na Escala de Zarit	Sem sobrecarga	<i>n</i>	2	6	1	9
		<i>n</i> esperado	1.8	6.6	0.6	9.0
		% within Resultado EZ	22.2%	66.7%	11.1%	100.0%
		% within grau parentesco	66.7%	54.5%	100.0%	60.0%
		% Total	13.3%	40.0%	6.7%	60.0%
	Sobrecarga ligeira	<i>n</i>	0	2	0	2
		<i>n</i> esperado	0.4	1.5	0.1	2.0
		% within Resultado EZ	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within grau parentesco	0.0%	18.2%	0.0%	13.3%
		% Total	0.0%	13.3%	0.0%	13.3%
	Sobrecarga intensa	<i>n</i>	1	3	0	4
		<i>n</i> esperado	0.8	2.9	0.3	4.0
		% within Resultado EZ	25.0%	75.0%	0.0%	100.0%
		% within grau parentesco	33.3%	27.3%	0.0%	26.7%
		% Total	6.7%	20.0%	0.0%	26.7%
Total		<i>n</i>	3	11	1	15
		<i>n</i> esperado	3.0	11.0	1.0	15.0
		% within Resultado EZ	20.0%	73.3%	6.7%	100.0%
		% within grau parentesco	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	20.0%	73.3%	6.7%	100.0%

Cruzamento entre Resultado da Escala de Zarit e Escolaridade

			Escolaridade					Total
			4º ano	6º ano	9º ano	12º ano	Licenc.	
Resultado na Escala de Zarit	Sem sobrecarga	<i>n</i>	4	2	1	1	1	9
		<i>n</i> esperado	3.6	2.4	1.2	1.2	0.6	9.0
		% within Resultado	44.4%	22.2%	11.1%	11.1%	11.1%	100.0%
		% within Escolaridade	66.7%	50.0%	50.0%	50.0%	100.0%	60.0%
		% Total	26.7%	13.3%	6.7%	6.7%	6.7%	60.0%
	Sobrecarga ligeira	<i>n</i>	0	1	1	0	0	2
		<i>n</i> esperado	0.8	0.5	0.3	0.3	0.1	2.0
		% within Resultado	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Escolaridade	0.0%	25.0%	50.0%	0.0%	0.0%	13.3%
		% Total	0.0%	6.7%	6.7%	0.0%	0.0%	13.3%
	Sobrecarga intensa	<i>n</i>	2	1	0	1	0	4
		<i>n</i> esperado	1.6	1.1	0.5	0.5	0.3	4.0
		% within Resultado	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
		% within Escolaridade	33.3%	25.0%	0.0%	50.0%	0.0%	26.7%
		% Total	13.3%	6.7%	0.0%	6.7%	0.0%	26.7%
Total		<i>n</i>	6	4	2	2	1	15
		<i>n</i> esperado	6.0	4.0	2.0	2.0	1.0	15.0
		% within Resultado	40.0%	26.7%	13.3%	13.3%	6.7%	100.0%
		% within Escolaridade	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	40.0%	26.7%	13.3%	13.3%	6.7%	100.0%

ANEXO VIII – CÁLCULOS DETALHADOS DA DISTRIBUIÇÃO DOS CUIDADORES
SEGUNDO SEXO E NÍVEL DE SOBRECARGA

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Resultado na Escala de Zarit	Sem sobrecarga	<i>n</i>	7	2	9
		<i>n</i> esperado	7.8	1.2	9.0
		% within Resultado EZ	77.8%	22.2%	100.0%
		% within Sexo	53.8%	100.0%	60.0%
		% Total	46.7%	13.3%	60.0%
	Sobrecarga ligeira	<i>n</i>	2	0	2
		<i>n</i> esperado	1.7	0.3	2.0
		% within Resultado EZ	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Sexo	15.4%	0.0%	13.3%
		% Total	13.3%	0.0%	13.3%
	Sobrecarga intensa	<i>n</i>	4	0	4
		<i>n</i> esperado	3.5	0.5	4.0
		% within Resultado EZ	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Sexo	30.8%	0.0%	26.7%
		% Total	26.7%	0.0%	26.7%
	Total	<i>n</i>	13	2	15
		<i>n</i> esperado	13.0	2.0	15.0
		% within Resultado EZ	86.7%	13.3%	100.0%
		% within Sexo	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	86.7%	13.3%	100.0%

O quadro da distribuição dos cuidadores segundo sexo e nível de sobrecarga mostra a disposição dos participantes pelos níveis de sobrecarga, em função do sexo.

Categorias do nível de sobrecarga “Resultado na Escala de Zarit”

- Sem sobrecarga
- Sobrecarga ligeira
- Sobrecarga intensa

Categorias da variável “Sexo”

- Masculino
- Feminino

Para cada categoria do nível de satisfação, a tabela proporciona:

Valor absoluto (*n*): o número de participantes em cada categoria

Valor esperado: o número esperado de participantes em cada categoria se não houver associação entre o sexo e o nível de sobrecarga.

% within Resultado EZ: a percentagem de participantes dentro de cada nível de sobrecarga

% within Sexo: a percentagem de participantes dentro de cada nível da variável “Sexo”

% Total: a percentagem da globalidade dos participantes

Resultados:

- A probabilidade de estar sem sobrecarga é de 60% ($9/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga ligeira é de 13.3% ($2/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga intensa é de 26.7% ($4/15 \times 100$)
- A probabilidade de ser do sexo feminino é de 86.7% ($13/15 \times 100$)
- A probabilidade de ser do sexo masculino é de 13.3% ($2/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar sem sobrecarga e ser do sexo feminino é de 46.7% ($7/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga ligeira e ser do sexo feminino é de 13.3% ($2/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga intensa e ser do sexo feminino é de 26.7% ($4/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar sem sobrecarga e ser do sexo masculino é de 13.3% ($2/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga ligeira e ser do sexo masculino é de 0% ($0/15 \times 100$)
- A probabilidade de estar com sobrecarga intensa e ser do sexo masculino é de 0% ($0/15 \times 100$)
- Mais mulheres (77.8%) do que homens (22.2%) estão sem sobrecarga. No total, representam 60% dos participantes.

Observações gerais:

- Dentro de cada grupo de nível de sobrecarga
- Entre quem está sem sobrecarga, há mais homens (100%) do que mulheres (53.8%)
- Mulheres: 53.8% está sem sobrecarga, 15.4% está com sobrecarga ligeira e 30.8% com sobrecarga intensa
- Homens: 100% está sem sobrecarga

- Uma maior percentagem de homens está sem sobrecarga quando comparadas com as mulheres

- Os homens não têm sobrecarga
- A maioria da amostra está sem sobrecarga (60%).