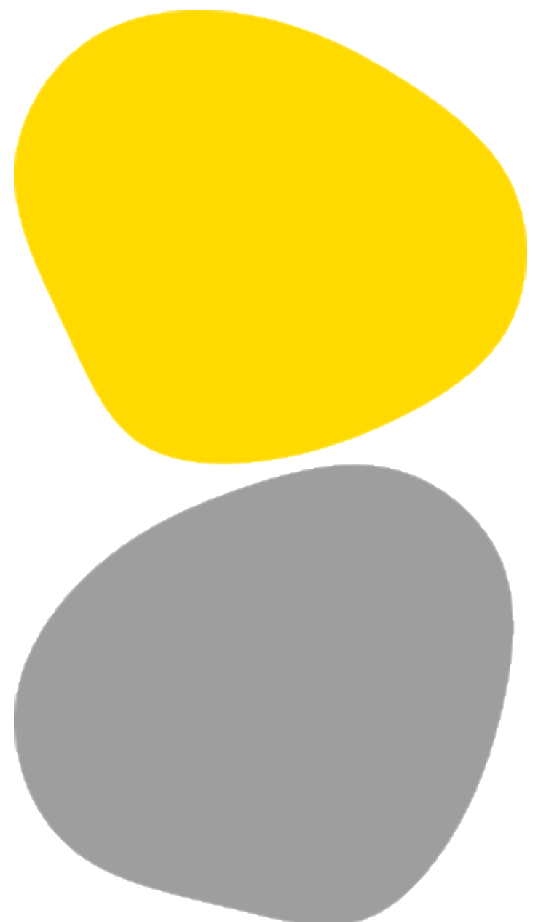




# Impacto da Saúde Mental dos Cuidadores Formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas

Ana Catarina Cerqueira Leite

09/2025





ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



## **Impacto da Saúde Mental dos Cuidadores Formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas**

**Autor**

Ana Catarina Cerqueira Leite

**Orientador(es)**

Professora Doutora Paula Cristina de Costa Portugal Cardoso | E2S-P.Porto | Porto

*Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia Ocupacional** – Ramo/Área de Especialização em **Reabilitação e Saúde Mental** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.*



## Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha mãe e aos meus irmãos, pelo apoio incondicional, amor e incentivo constante em todas as etapas deste percurso.

Aos restantes familiares, pela força, compreensão e palavras de força que tantas vezes me motivaram a não desistir.

Ao meu namorado, pela paciência, apoio e presença firme nos momentos mais exigentes, que me ajudaram a manter o equilíbrio e a confiança.

À minha melhor amiga, pelo apoio incansável, pelas palavras certas nos momentos de dúvida e pela presença fundamental ao longo de todo este processo.

À Direção da instituição, pela confiança depositada e pela aceitação deste estudo, permitindo a sua concretização.

À Diretora Técnica, pelo incentivo constante, pela motivação e pela força transmitida ao longo deste percurso, que foram fundamentais para levar este trabalho até ao fim.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Cristina de Costa Portugal Cardoso, pela orientação e por ter sido uma inspiração ao longo deste mestrado. A forma apaixonada como aborda o envelhecimento marcou-me profundamente e ajudou-me, ainda que de forma indireta, a encontrar sentido e motivação para a realização deste estudo.

A Deus, pela presença constante, pela paz nos momentos de incerteza e pela coragem que me permitiu acreditar e seguir até ao fim desta jornada.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento!



## Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da saúde mental dos cuidadores formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas em contexto institucional. Recorreu-se a um estudo de caso numa instituição particular de solidariedade social do Porto, com uma metodologia mista, de natureza descritiva e exploratória. Participaram 13 Ajudantes de Ação Direta (AAD), que responderam a um questionário sociodemográfico e às escalas *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7). Foram ainda realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo categorial temática.

Os resultados mostraram que a maioria das participantes não apresentou sintomas depressivos clinicamente relevantes, embora 46,2% tenham revelado níveis moderados ou graves de ansiedade. A análise qualitativa destacou fatores de risco, como sobrecarga física, conflitos interpessoais e falta de tempo relacional, e fatores protetores, incluindo motivação intrínseca, reconhecimento, espiritualidade e estratégias de *coping*.

Conclui-se que a saúde mental dos cuidadores formais influencia de forma significativa a qualidade dos cuidados prestados. O estudo confirma a aplicabilidade do modelo *Job Demands-Resources*, salientando a necessidade de estratégias de intervenção organizacionais, formativas e individuais que reforcem os recursos disponíveis, promovam o bem-estar profissional e assegurem cuidados mais humanizados.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Cuidadores Formais; Qualidade dos cuidados



## Abstract

This study aimed to analyse the impact of formal caregivers' mental health on the quality of care provided to older people in an institutional context. A case study was carried out in a private social solidarity institution in Porto, using a mixed-method, descriptive and exploratory approach. Thirteen Direct Action Assistants (AAD) participated, completing a sociodemographic questionnaire and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scales. In addition, semi-structured interviews were conducted and analysed using thematic categorical content analysis.

The results showed that most participants did not present clinically relevant depressive symptoms, although 46.2% reported moderate or severe anxiety levels. The qualitative analysis highlighted risk factors such as physical overload, interpersonal conflicts and lack of relational time, as well as protective factors including intrinsic motivation, acknowledgement, spirituality and coping strategies.

It is concluded that the mental health of formal caregivers significantly influences the quality of care provided. The study confirms the applicability of the Job Demands-Resources model, emphasising the need for organisational, training and individual intervention strategies that strengthen available resources, promote professional well-being and ensure more humanised care.

**Keywords:** Mental health; Formal Caregivers; Quality of care



## Índice

1.	Introdução.....	1
2.	Enquadramento teórico.....	4
2.1.	Envelhecimento e cuidados de longa duração em Portugal.....	4
2.2.	Ajudantes de Ação Direta em ERPI: perfil socioprofissional e funções .....	6
2.3.	Qualidade dos cuidados em ERPI .....	9
2.4.	Cuidados centrados na pessoa: contributos para a humanização.....	11
2.5.	Saúde mental das AAD: ansiedade e depressão como determinantes da prática.....	13
2.6.	<i>Burnout</i> e envolvimento laboral no contexto de cuidado.....	16
2.7.	Modelo <i>Job Demands–Resources</i> (JD–R) .....	18
2.8.	Fatores de risco e protetores no trabalho das AAD .....	19
2.9.	Recursos pessoais e relacionais .....	21
2.9.1.	<i>Coping</i> e autorregulação emocional.....	22
2.9.2.	Espiritualidade e bem-estar espiritual.....	22
2.9.3.	Reconhecimento, apoio social e justiça organizacional .....	23
2.9.4.	Integração prática em ERPI.....	23
2.10.	Condições organizacionais.....	24
2.11.	Ética do cuidado em ERPI.....	25
3.	Métodos.....	28
3.1.	Participantes.....	29
3.2.	Instrumentos .....	30
3.3.	Procedimentos.....	31
3.4.	Tarefa descritiva.....	32
4.	Resultados.....	34
4.1.	Questionário sociodemográfico .....	34
4.1.1.	Caracterização dos participantes.....	34
4.1.2.	Caracterização profissional.....	35
4.1.3.	Condições de trabalho e carga laboral .....	36
4.1.4.	Condições de saúde e bem-estar.....	39
4.2.	Escalas aplicadas.....	40
4.2.1.	<i>Patient Health Questionnaire–9</i> (PHQ–9).....	40



4.2.2. <i>Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</i> .....	42
4.3. Entrevistas.....	43
5. Discussão.....	54
6. Conclusão.....	58
Referências Bibliográficas.....	60
Apêndices.....	68
Apêndice A – Pedido de autorização institucional.....	68
Apêndice B – Termo de Consentimento Informado.....	69
Apêndice C – Questionário Sociodemográfico.....	70
Apêndice D – Guião da Entrevista.....	71
Anexos.....	73
Anexo I – Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	73
Anexo II – Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).....	74



## Índice de tabelas

Tabela 1 – Relação entre objetivos específicos e instrumentos de recolha de dados.....	29
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica .....	34
Tabela 3 – Caracterização profissional.....	35
Tabela 4 – Condições de trabalho e perceção da carga laboral .....	37
Tabela 5 – Condições de saúde e bem-estar .....	39
Tabela 6 – Resultados da PHQ-9 .....	41
Tabela 7 – Classificação global da PHQ-9.....	41
Tabela 8 – Resultados da GAD-7.....	42
Tabela 9 – Classificação global da GAD-7 .....	43
Tabela 10 – Categorização das entrevistas.....	51

**Índice de figuras**

Figura 1 – Distribuição da escolaridade.....	35
Figura 2 – Tempo como Ajudante de Ação Direta .....	36
Figura 3 – Perceção da carga de trabalho .....	38
Figura 4 – Pensou em deixar a instituição .....	38
Figura 5 – Pensou em deixar a profissão.....	39
Figura 6 – Participação em atividades de lazer .....	40



## 1. Introdução

O envelhecimento demográfico em Portugal tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas, acompanhando a tendência observada na Europa. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), em 2023 o país registou um índice de envelhecimento de 198,1 idosos por cada 100 jovens, refletindo um aumento significativo face a anos anteriores. Além disso, a esperança de vida continua a crescer, situando-se nos 80,96 anos no período de 2021–2023 (INE, 2024). Este fenómeno, embora seja um reflexo dos avanços na saúde e na qualidade de vida, coloca desafios acrescidos ao nível do apoio social e dos cuidados de longa duração. A redução da taxa de natalidade e o aumento da longevidade traduzem-se numa maior necessidade de estruturas de apoio à população idosa, entre as quais se destacam as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Nas ERPI, o papel dos cuidadores formais, particularmente os Ajudantes de Ação Direta (AAD) assume especial relevância. Estes profissionais são responsáveis por assegurar as atividades básicas de vida diária dos residentes, como higiene, alimentação, mobilização, administração de medicação e apoio psicossocial (Pereira & Marques, 2014). Contudo, a natureza deste trabalho é simultaneamente exigente e complexa, envolvendo exigências físicas, emocionais e relacionais. Estudos realizados em Portugal confirmam que a sobrecarga de tarefas, os baixos salários, a falta de reconhecimento social e a escassez de recursos humanos estão entre os principais fatores que comprometem o equilíbrio emocional e psicológico destes profissionais (Monteiro, Queirós & Marques, 2014; Pereira & Marques, 2014).

A literatura demonstra que tais condições aumentam a vulnerabilidade ao *burnout*, conceito definido por Maslach e Jackson (1981) como um síndrome caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional. Estudos recentes sublinham que o *burnout* em cuidadores formais se associa a piores indicadores de saúde mental, menor satisfação profissional e maior intenção de saída da instituição (Donnelly et al., 2021).

Em contraponto, o conceito de *engagement* profissional surge como fator protetor. Schaufeli e Bakker (2004) descrevem-no como um estado positivo e persistente caracterizado por vigor, dedicação e absorção no trabalho. Em cuidadores formais, o *engagement* tem sido associado a maior satisfação, maior qualidade percebida do cuidado e menor risco de abandono profissional. A coexistência de *burnout* e *engagement* pode ser explicada pelo modelo *Job Demands-Resources (JD-R)*, que sustenta que as exigências do trabalho (*job demands*) conduzem ao desgaste e ao *burnout*, enquanto os recursos



disponíveis (*job resources*), sejam eles organizacionais, sociais ou pessoais, promovem o *engagement* a motivação (Bakker & Demerouti, 2007).

No contexto dos cuidados a pessoas idosas, torna-se ainda fundamental considerar a perspetiva de cuidados centrados na pessoa, proposta por Tom Kitwood (1997), que defende que o cuidado deve ir além da mera execução de tarefas, valorizando a identidade, a biografia e a dignidade da pessoa idosa. Esta abordagem tem impacto não só na qualidade de vida dos residentes, mas também no bem-estar e motivação dos cuidadores, já que o reconhecimento relacional e a perceção de fazer a diferença são elementos centrais na satisfação profissional.

Diversos estudos internacionais têm demonstrado que a saúde mental dos cuidadores formais está diretamente ligada à qualidade dos cuidados prestados. Revisões sistemáticas confirmam que elevados níveis de *stress* e *burnout* se associam a menor segurança, menor humanização e maior risco de erros na prestação de cuidados (Donnelly et al., 2021; Costello et al., 2019). Relatórios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) reforçam que melhorar as condições de trabalho em cuidados de longa duração é condição indispensável para atrair, reter e motivar trabalhadores, garantindo assim a sustentabilidade e a qualidade do setor (OECD, 2020; OECD, 2023).

Em Portugal, investigações apontam na mesma direção. Pereira e Marques (2014) concluíram que níveis elevados de cansaço físico e psicológico dificultam significativamente a prestação de cuidados. Por sua vez, Meireles (2016) identificou a sobrecarga física e emocional como principais fatores de risco para o *stress* ocupacional em AAD. Já Monteiro et al. (2014) mostraram que a empatia e o *engagement* funcionam como variáveis preditoras de menor *burnout* em cuidadores formais.

Neste enquadramento, analisar a saúde mental dos cuidadores formais e o seu impacto na qualidade dos cuidados torna-se uma prioridade, não só pela relevância científica, mas também pela pertinência social e política.

A relevância desta investigação manifesta-se em duas dimensões complementares. Por um lado, acrescenta evidência científica ao campo da saúde mental e dos cuidados de longa duração, explorando uma realidade ainda pouco investigada em Portugal. Por outro, possui uma clara dimensão aplicada, ao oferecer *insights* para práticas institucionais que valorizem os cuidadores formais e criem condições de trabalho mais saudáveis e sustentáveis. Ao centrar-se no bem-estar dos AAD e na qualidade dos cuidados prestados, esta investigação procura não apenas compreender, mas também inspirar



mudanças capazes de promover uma resposta social mais humanizada e eficaz perante os desafios do envelhecimento demográfico.

O presente trabalho configura-se como um estudo de caso desenvolvido numa instituição particular de solidariedade social (IPSS) que integra diferentes respostas sociais para a população idosa. O foco recai sobre as AAD, procurando compreender de que forma a sua saúde mental influencia a qualidade dos cuidados prestados no quotidiano institucional.

O objetivo geral deste estudo foi analisar o impacto da saúde mental dos cuidadores formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas. Para alcançar este objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores formais que participaram no estudo;
- Avaliar os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa através de instrumentos padronizados;
- Explorar as perceções dos cuidadores formais relativamente à sua experiência profissional, bem-estar psicológico e impacto na qualidade dos cuidados;
- Identificar necessidades de apoio e estratégias promotoras de saúde mental e humanização dos cuidados.

Em face deste enquadramento, importa produzir conhecimento que clarifique a relação entre condições de trabalho, saúde mental das AAD e qualidade do cuidado. Ao fazê-lo, ambiciona-se gerar evidência útil para práticas mais humanizadas e contextos organizacionais mais saudáveis.



## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. Envelhecimento e cuidados de longa duração em Portugal

Os cuidados de longa duração (CLD) são entendidos como um *continuum* de respostas sociais e de saúde dirigido a pessoas com limitações persistentes na autonomia, visando sustentar o desempenho ocupacional e a participação, preservar a dignidade e maximizar a vida independente sempre que possível (Gonzalez-Aquines et al., 2024). A literatura recente assinala a passagem de definições centradas quase exclusivamente na limitação física para conceções mais abrangentes que incorporam dimensões cognitivas e psicossociais, aproximando os CLD de uma abordagem explicitamente centrada na pessoa e na sua biografia (Gonzalez-Aquines et al., 2024). Esta evolução concetual implica também rever o que se mede: para além de métricas de utilização, ganham peso medidas de experiência, autodeterminação e qualidade relacional, coerentes com prioridades de política pública em cuidados (Comissão Europeia, 2022).

A Estratégia Europeia para os Cuidados define como objetivos a melhoria do acesso, da qualidade e da sustentabilidade, reforçando a governação intersectorial e a valorização das equipas (Comissão Europeia, 2022). O enquadramento europeu recomenda a expansão de respostas de proximidade e a integração efetiva entre serviços sociais e de saúde, com indicadores que captem aquilo que importa às pessoas cuidadas e às famílias, incluindo segurança, continuidade e respeito pela autonomia (Comissão Europeia, 2022). Estes pilares políticos convergem com evidência de que contextos que promovem relações consistentes e participação informada tendem a gerar melhores resultados nos CLD (Backhaus et al., 2020).

Em Portugal, o sistema de CLD apresenta uma dupla ancoragem: no setor social, com Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Centros de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário; e no setor da saúde, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que articula o Serviço Nacional de Saúde e a Segurança Social numa lógica de integração (Santana et al., 2014). A RNCCI foi concebida para atenuar a fragmentação entre níveis de cuidados, assegurando tipologias diferenciadas (convalescença, média e longa duração, unidades de dia e noite) e processos de referenciação que visam transições fluídas entre hospital, comunidade e respostas sociais (Santana et al., 2014; Santana et al., 2016). Esta arquitetura institucional procura reduzir duplicações e melhorar a continuidade, particularmente em trajetórias de elevada complexidade clínica e funcional (Santana et al., 2014).



Uma década após a criação da RNCCI, análises de política de saúde descrevem a expansão de capacidade e a diversificação de tipologias, mas também desafios persistentes, como assimetrias territoriais, coordenação nem sempre fina com a ação social e pressões relevantes sobre as equipas (Lopes, Mateus, & Hernández-Quevedo, 2018). Estes desafios tornam-se mais visíveis perante a elevada prevalência de multimorbilidade, as necessidades de reabilitação a médio prazo e contextos de dependência severa, que exigem equipas multiprofissionais, dispositivos de avaliação partilhados e planeamento centrado em objetivos significativos para a pessoa e para a sua família (Lopes et al., 2018).

No interior deste ecossistema, as ERPI desempenham um papel específico: garantir apoio residencial sistemático, quando o domicílio deixa de ser viável ou seguro, com planos individualizados, participação da pessoa e articulação continuada com serviços de saúde, em especial na presença de comorbilidade e fragilidade (Portugal, 2012; Portugal, 2023). Para além do cumprimento normativo, a literatura recente em Portugal chama a atenção para dimensões arquitetónicas e organizacionais das ERPI – como desenho de espaços, ergonomia, acústica e legibilidade ambiental – que influenciam orientação, risco de quedas, autonomia nas atividades de vida diária e bem-estar emocional de residentes e equipas (Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023). Estas escolhas ambientais interagem com o rácio de pessoal, cultura institucional e práticas centradas na pessoa, repercutindo-se na qualidade percebida do cuidado (Lameira et al., 2023).

A qualidade em CLD, particularmente em contextos residenciais, ultrapassa a mera conformidade regulatória, envolvendo dimensões substantivas de cuidado centrado na pessoa—identidade, biografia, relação, comunicação e significado (Backhaus et al., 2020). Revisões internacionais em lares mostram que modelos centrados na pessoa se associam a maior satisfação de residentes e famílias, melhorias em indicadores comportamentais em demência e um clima de cuidado mais positivo (Backhaus et al., 2020). Esta evidência sustenta que tempo relacional, reconhecimento e autonomia não são acessórios, mas componentes nucleares de qualidade, com efeitos observáveis no quotidiano das pessoas idosas (Backhaus et al., 2020).

A sustentabilidade dessa qualidade depende, de forma decisiva, das condições de trabalho e dos recursos disponíveis para as equipas de cuidado (OECD, 2023). A análise comparada no setor evidencia exigências elevadas (ritmos intensos, esforço físico, envolvimento emocional), frequentemente combinadas com baixos salários relativos, contratos atípicos e escassez de profissionais, fatores que dificultam a estabilidade das equipas e a continuidade do cuidado (OECD, 2023). Estratégias de melhoria



– composição de equipas adequada, formação contínua, liderança clínica próxima e sistemas de reconhecimento – estão associadas a melhores resultados para residentes e a maior permanência dos profissionais, sugerindo uma relação direta entre condições de trabalho e qualidade assistencial (OECD, 2023).

No contexto português, estudos observacionais em unidades de longa duração descrevem perfis funcionais complexos e cargas emocionais relevantes entre os residentes, o que coloca exigências específicas de organização do cuidado, supervisão clínica e formação das equipas (Fonseca et al., 2023). Quando estas exigências se conjugam com recursos variáveis – equipamentos, tecnologias de apoio, disponibilidade de pessoal – torna-se mais difícil implementar de forma consistente práticas centradas na pessoa, com impacto potencial em segurança, participação e significado das atividades (Fonseca et al., 2023; Backhaus et al., 2020).

Em síntese, o enquadramento dos CLD em Portugal inscreve-se numa agenda europeia que valoriza integração, proximidade e foco na pessoa, mas enfrenta estrangimentos estruturais transversais ao setor (Comissão Europeia, 2022; OECD, 2023). A qualidade dos cuidados resulta da interação entre exigências (complexidade clínica, ritmo, burocracia, transições) e recursos (dotação de pessoal, dispositivos arquitetónicos e tecnológicos, supervisão e cultura relacional) condicionando as possibilidades práticas de produzir cuidado com dignidade e significado (Lameira et al., 2023; Backhaus et al., 2020).

## **2.2. Ajudantes de Ação Direta em ERPI: perfil socioprofissional e funções**

As Ajudantes de Ação Direta (AAD) constituem a linha da frente do cuidado nas ERPI, assegurando apoio direto e contínuo às pessoas residentes nas atividades básicas da vida diária, na vigilância do estado geral e no conforto, em estreita articulação com a restante equipa (Portugal, 2012; Portugal, 2023). No quadro regulamentar português, a atividade das AAD decorre de procedimentos institucionais e de planos individualizados de intervenção, sendo coordenada por direção técnica e articulada com profissionais de saúde e de reabilitação, o que coloca este grupo profissional como elo operativo entre projeto terapêutico e quotidiano vivido (Portugal, 2012; Santana et al., 2014).

Do ponto de vista socioprofissional, trata-se de um grupo maioritariamente feminino, com trajetórias laborais marcadas por exigências físicas e emocionais, e por condições de trabalho que nem sempre oferecem reconhecimento, estabilidade e progressão (Pereira & Marques, 2014; OECD, 2023). Estudos



em contexto nacional identificam níveis relevantes de ansiedade e sinais de desgaste, em particular quando coexistem ritmos intensos, falta de pessoal e baixa previsibilidade organizacional (Pereira & Marques, 2014; Monteiro, Queirós, & Marques, 2014). Em termos comparados, relatórios internacionais descrevem escassez crónica de profissionais, salários relativos inferiores a setores com competências semelhantes e maior exposição a riscos musculoesqueléticos e psicossociais, com impacto na permanência e no envolvimento no trabalho (OECD, 2023).

As funções nucleares das AAD em ERPI organizam-se em três eixos interdependentes. O primeiro é o apoio direto: higiene e conforto, alimentação e hidratação assistida, mobilização, posicionamentos e prevenção de lesões por pressão, roupa e arrumação do espaço pessoal, bem como acompanhamento a atividades e deslocações internas (Portugal, 2012; Portugal, 2023). Em muitos contextos, incluem-se tarefas de observação e reporte — alterações do estado de consciência, dor, sono, alimentação, eliminação, humor, agitação, risco de queda — e o registo estruturado destas informações em sistemas institucionais, assegurando continuidade informacional para a equipa (Portugal, 2012). O segundo eixo é o apoio relacional, que envolve comunicação continuada, validação emocional, incentivo à autonomia e suporte à participação em ocupações com significado, elementos particularmente críticos em demência (Backhaus et al., 2020; Kitwood, 1997). O terceiro eixo é a articulação interdisciplinar, isto é, executar orientações do enfermeiro e dos técnicos de reabilitação, sinalizar necessidades emergentes, colaborar em planos e rotinas que promovam segurança e identidade, e participar em reuniões de equipa quando aplicável (Santana et al., 2014; Backhaus et al., 2020).

A natureza multidimensional do papel exige um conjunto de competências técnicas e competências relacionais. Entre as primeiras destacam-se princípios de higiene e controlo de infeção, ergonomia e técnicas de mobilização segura, estratégias de alimentação em risco de disfagia, noções de prevenção de quedas e de úlceras de pressão, e literacia básica para registos e procedimentos (Portugal, 2012; OECD, 2023). Entre as segundas, evidenciam-se comunicação empática, leitura de sinais não verbais, gestão de comportamentos desafiantes em demência e capacidade de sustentar o tempo relacional apesar dos constrangimentos de agenda, competências associadas a melhor clima de cuidado e satisfação de residentes e famílias (Backhaus et al., 2020; Kitwood, 1997). A articulação destas competências com supervisão próxima, formação contínua e liderança clínica tem sido relacionada com ganhos em qualidade e com menor desgaste emocional nas equipas (OECD, 2023; Monteiro et al., 2014).



No plano ético e relacional, as AAD são as profissionais que mais tempo passam com os residentes, influenciando de forma direta a experiência diária de dignidade, identidade e sentido (Kitwood, 1997; Backhaus et al., 2020). Isto implica decisões micro-éticas constantes — equilibrar proteção e autonomia, assegurar privacidade na higiene, calibrar o apoio sem substituir a pessoa — que exigem reflexividade e suporte institucional (Backhaus et al., 2020). Quando o ambiente organizacional disponibiliza recursos (tempo, afetação adequada de recursos humanos, equipamentos de apoio, espaços legíveis e acessíveis), as AAD conseguem materializar práticas centradas na pessoa com maior consistência; quando esses recursos escasseiam, aumentam o *stress* ocupacional e o risco de práticas mais instrumentais e menos personalizadas (OECD, 2023; Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023).

Em termos de integração de cuidados, as AAD ocupam uma posição estratégica para identificar transições (clínicas ou funcionais) e acionar respostas — por exemplo, comunicar à enfermagem alterações de ingestão, mobilidade, humor ou sono; apoiar a implementação de planos de reabilitação; e facilitar a participação em atividades significativas delineadas por terapia ocupacional e/ou animação sociocultural (Santana et al., 2014). Esta proximidade ao quotidiano torna o reporte atempado e qualificado um determinante de segurança e de continuidade, sobretudo em residentes com multimorbilidade e fragilidade (Santana et al., 2014; Lopes et al., 2018).

A literatura nacional sugere ainda que reconhecimento, clima relacional positivo e participação das AAD na organização do trabalho se associam a menor ansiedade e a maior envolvimento laboral, moderando o impacto das exigências diárias (Pereira & Marques, 2014; Monteiro et al., 2014). Em linha com a evidência comparada, afetação adequada de recursos humanos, programas de formação em demência e canais formais de comunicação entre turnos e disciplinas favorecem práticas mais coerentes e consistentes, com efeitos observáveis na qualidade percebida do cuidado (OECD, 2023; Backhaus et al., 2020).

Em síntese, as AAD em ERPI assumem um papel determinante na operacionalização dos planos de cuidado e na construção diária de qualidade centrada na pessoa. O desempenho esperado conjuga tarefas técnicas e relação, articuladas com a equipa e suportadas por organização, formação e liderança, num contexto em que exigências elevadas exigem recursos compatíveis para proteger a saúde mental das profissionais e a qualidade dos cuidados prestados (OECD, 2023; Pereira & Marques, 2014; Backhaus et al., 2020).



### 2.3. Qualidade dos cuidados em ERPI

A qualidade dos cuidados em ERPI é um constructo multidimensional que envolve condições estruturais, processos de cuidado e resultados observáveis, numa relação dinâmica e interdependente (Donabedian, 1988). Nos contextos de longa duração, onde predomina a cronicidade, a multimorbilidade e a presença frequente de demência, a qualidade não se esgota em normas de funcionamento: exige a articulação entre segurança clínica, eficácia, foco na pessoa, oportunidade, eficiência e equidade (Institute of Medicine, 2001). Esta perspetiva, de raiz sistémica, é particularmente pertinente em ERPI, onde a experiência quotidiana da pessoa idosa depende tanto do ambiente organizacional como das práticas relacionais das equipas (Backhaus et al., 2020).

No plano concetual, a abordagem de Donabedian continua a oferecer uma gramática útil para a análise em ERPI: “estrutura” remete para dotações de pessoal, *skill mix*, qualificação, equipamentos e condições arquitetónicas; “processo” para a forma como o cuidado é prestado (planos individualizados, comunicação, supervisão clínica, promoção de autonomia); e “resultado” para indicadores clínicos e de experiência (Donabedian, 1988). Em lares, estudos têm mostrado associações entre melhor *skill mix* e níveis de pessoal e desfechos como menor prevalência de úlceras de pressão, menos hospitalizações evitáveis e melhor qualidade de vida relatada (Backhaus et al., 2017). Estes estudos sustentam que métricas “clássicas” (quedas, lesões por pressão, perda ponderal) devem ser lidas em conjunto com medidas de experiência e de bem-estar, sob pena de subvalorizar dimensões centrais da vida quotidiana nas ERPI (Backhaus et al., 2020).

Os cuidados centrados na pessoa (CCP) são hoje reconhecidos como eixo crítico da qualidade em longa duração, porque traduz a dignidade, a biografia e a identidade da pessoa em práticas quotidianas que respeitam preferências, ritmos e significados (Kitwood, 1997; McCormack & McCance, 2006). Por conseguinte, revisões em lares mostram que modelos centrados na pessoa se associam a melhorias em satisfação de residentes e familiares, redução de comportamentos disruptivos em demência e melhor clima de cuidado (Backhaus et al., 2020; Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008). A operacionalização desta abordagem requer liderança clínica, participação da pessoa e da família no planeamento e uma cultura que valorize a relação como meio do cuidado, e não apenas como um acessório (McCormack & McCance, 2006; Brooker, 2004).

No domínio estrutural, a qualidade em ERPI depende de fatores como a dotação de pessoal, a qualificação e a estabilidade das equipas, mas também de condições arquitetónicas que apoiem



orientação, mobilidade segura, privacidade e controlo sensorial (Backhaus et al., 2017; Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023). A literatura nacional enfatiza que o desenho do espaço (acústica, iluminação, legibilidade, acessibilidade) interage com práticas quotidianas e influencia tanto o bem-estar dos residentes como a ergonomia do trabalho das equipas, com implicações na segurança e na prevenção de incidentes (Lameira et al., 2023). Internacionalmente, análises setoriais sublinham ainda que a melhoria das condições de trabalho é condição de possibilidade para sustentar qualidade de forma consistente (OECD, 2023).

No domínio processual, a qualidade manifesta-se em rotinas que preservam a autonomia, em comunicação clara e regular entre turnos e disciplinas, em supervisão próxima e em planeamento centrado em objetivos com significado para a pessoa (McCormack & McCance, 2006; Santana et al., 2014). Assim, práticas como validação emocional, promoção do desempenho ocupacional e envolvimento em atividades com sentido têm sido associadas a melhor experiência vivida em ERPI, sobretudo quando a equipa consegue manter continuidade relacional com os residentes (Edvardsson et al., 2008; Backhaus et al., 2020). Ao mesmo tempo, défices de coordenação entre saúde e apoio social e a rotatividade de profissionais tendem a fragilizar a coerência dos planos de cuidado (Santana et al., 2014).

É neste contexto que emerge o conceito e a prática do tempo relacional: o tempo efetivamente disponível para estar com a pessoa, escutar, conhecer preferências, negociar apoio e apoiar a participação em ocupações significativas. Longe de ser uma variável “macia”, o tempo relacional é um recurso clínico e ético que permite avaliar dor, interpretar sinais não verbais, prevenir agitação em demência e ajustar o nível de ajuda de modo proporcional (Kitwood, 1997; Edvardsson et al., 2008). A evidência sobre dotação de pessoal e *outcomes* em lares sugere que, quando o tempo de contacto direto por residente aumenta (e quando a composição de competências é adequada), há melhorias em indicadores clínicos e de experiência (Backhaus et al., 2017). Em sentido inverso, contextos com ritmos elevados e pouca previsibilidade organizacional tendem a induzir práticas mais instrumentais, com menor espaço para personalização (OECD, 2023).

A medição da qualidade deve refletir esta complexidade. Para além de indicadores clínicos tradicionais, cresce o consenso sobre a inclusão de medidas de experiência (PREMs) e medidas centradas na pessoa (por exemplo, sensação de pertença, respeito, possibilidade de escolher horários e rotinas), bem como métricas de continuidade relacional (Institute of Medicine, 2001; Backhaus et al., 2020). A introdução



sistemática destas medidas permite captar o valor produzido no quotidiano e orientar melhorias que não seriam visíveis apenas com indicadores de segurança (Backhaus et al., 2020). Em Portugal, a integração de cuidados prevista na RNCCI relembra, ainda, a importância de indicadores transicionais (comunicação, reconciliação terapêutica, planos de continuidade) para evitar ruturas entre níveis de cuidado (Santana et al., 2014).

No plano ético-político, a qualidade em ERPI implica proteger autonomia, privacidade e identidade sem descurar a segurança, o que convoca decisões micro-éticas permanentes por parte das equipas (McCormack & McCance, 2006; Kitwood, 1997). A disponibilidade de tempo relacional funciona como condição habilitadora destas decisões: é com tempo que se explica, que se co-decidem rotinas, que se ajusta o cuidado ao que é importante para a pessoa; é sem tempo que o cuidado tende a reduzir-se a tarefas, mesmo quando bem executadas tecnicamente (Edvardsson et al., 2008; Backhaus et al., 2020). Assim, políticas de dotação e organização do trabalho que reconheçam o valor do tempo relacional são, simultaneamente, estratégias de qualidade e estratégias de bem-estar para as equipas (OECD, 2023).

Em síntese, a qualidade em ERPI resulta da conjugação virtuosa de estrutura, processo e resultados, em que o tempo relacional atua como recurso transversal que permite materializar a centragem na pessoa e transformar competências técnicas em experiências de cuidado com significado (Donabedian, 1988; Kitwood, 1997; Backhaus et al., 2017; Backhaus et al., 2020).

#### **2.4. Cuidados centrados na pessoa: contributos para a humanização**

Os CCP constituem uma abordagem que reconhece cada pessoa como sujeito de direitos, história e preferências, e não apenas como portadora de diagnósticos ou défices funcionais. Na demência, esta perspetiva foi sistematizada por Tom Kitwood, que introduziu o conceito de *personhood*—o estatuto de pessoa conferido nas relações e contextos—e demonstrou como ambientes e interações podem sustentar ou minar essa condição (Kitwood, 1997). Nesta leitura, a qualidade do cuidado depende de práticas que preservem identidade, pertença, significado e segurança, em contraste com padrões interacionais que despersonalizam (Kitwood, 1997).

A operacionalização dos CCP em contextos residenciais tem sido apoiada por modelos complementares, como o VIPS de Brooker — que enfatiza Valores humanistas, Individualização, Perspetiva do utente e Suporte de um ambiente social positivo — e o *Person-Centred Nursing Framework* de McCormack e McCance, que descreve pré-requisitos profissionais (valores, competências, autorreflexão), elementos



do ambiente (sistemas de apoio, liderança, poder partilhado), processos de cuidado (partilha de decisão, envolvimento autêntico) e resultados (bem-estar, satisfação, experiências positivas) (Brooker, 2004; McCormack & McCance, 2006). Estes enquadramentos são particularmente úteis em ERPI por ligarem as condições organizacionais e as competências relacionais aos resultados percebidos pelas pessoas residentes.

No núcleo teórico de Kitwood (1997), as necessidades psicológicas fundamentais – conforto, identidade, ocupação, apego e inclusão – devem ser continuamente alimentadas nas rotinas quotidianas (Kitwood, 1997). Em termos práticos, isto traduz-se em individualização de rotinas (horários, preferências alimentares, ritmos de sono), validação emocional e criação de oportunidades de ocupação com significado, bem como em ambientes legíveis e facilitadores do agir autónomo (Kitwood, 1997; McCormack & McCance, 2006). A literatura tem salientado que a coerência destas práticas – mais do que intervenções pontuais – depende de equipas estáveis, liderança clínica próxima e tempo relacional para conhecer a pessoa e ajustar o apoio (McCormack & McCance, 2006; Backhaus et al., 2020).

A evidência empírica sustenta os efeitos dos CCP em lares. Revisões internacionais reportam associações entre programas centrados na pessoa e maior satisfação de residentes e familiares, redução de agitação e melhor clima de cuidado (Backhaus et al., 2020). Ensaios por *cluster* e estudos de implementação indicam que formação estruturada das equipas em CCP, acompanhada de supervisão e *feedback* sistemático, pode reduzir comportamentos de agitação e sintomas neuropsiquiátricos e, em alguns modelos, diminuir o uso de fármacos psicotrópicos (Chenoweth et al., 2009; Fossey et al., 2006). Programas multicomponentes que combinam cuidado centrado na pessoa com revisão de psicofármacos, atividades significativas e intervenções de comunicação mostraram melhorias na qualidade de vida e reduções sustentadas em agitação, reforçando a relevância do enfoque relacional (Ballard et al., 2016).

Importa sublinhar que os CCP não se reduzem a “ser simpático” ou a animar o quotidiano: exigem competência clínica relacional, planeamento individualizado e registos que façam visível a história, preferências e respostas da pessoa, de modo a orientar decisões consistentes entre turnos e disciplinas (McCormack & McCance, 2006; Brooker, 2004). A interdisciplinaridade é aqui condição de possibilidade: enfermeiros, terapeutas, AAD e direção técnica partilham informação, alinham objetivos com a pessoa/família e negociam o nível de ajuda proporcional, equilibrando proteção e autonomia (McCormack & McCance, 2006). Em demência moderada a grave, técnicas como validação, distração



com sentido, simplificação da tarefa e *pacing* do apoio mostram ganhos quando incorporadas num modelo de unidade que favorece relações consistentes (Kitwood, 1997; Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008).

Do ponto de vista ético-clínico, os CCP enfrentam tensões inerentes à vida em ERPI — gestão de riscos, necessidade de rotinas, estrangimentos de tempo — que exigem deliberação prática e suporte organizacional (McCormack & McCance, 2006). Quando a dotação de pessoal, a previsibilidade das escalas, os recursos ambientais (sinalética, zonas de calma, espaços para ocupação) e a formação estão alinhados, as equipas conseguem materializar os princípios de Kitwood no quotidiano; quando esses recursos escasseiam, emergem soluções mais instrumentais, com risco de despersonalização (Backhaus et al., 2020; Fossey et al., 2006). Assim, a implementação dos CCP deve ser entendida como mudança organizacional apoiada por liderança, não apenas como aquisição de técnicas individuais (Brooker, 2004; McCormack & McCance, 2006).

Em síntese, os CCP oferecem às ERPI uma linguagem prática para transformar princípios de humanização em rotinas observáveis: conhecer a pessoa, ajustar a ajuda, sustentar vínculos, criar oportunidades de participação e monitorizar experiências e resultados. A literatura mostra que, quando os recursos organizacionais e as competências relacionais convergem, os CCP se associam a melhor qualidade de vida, menor agitação e maior satisfação de residentes e famílias (Backhaus et al., 2020; Ballard et al., 2016).

## **2.5. Saúde mental das AAD: ansiedade e depressão como determinantes da prática**

Nos contextos residenciais de longa duração, a saúde mental das equipas de cuidado é um determinante central da qualidade assistencial. Entre as AAD, ansiedade e depressão surgem como quadros frequentes, influenciados por exigências físicas e emocionais elevadas, dotação de pessoal variável, turnos prolongados e contacto contínuo com perda funcional e sofrimento (OECD, 2023). Em termos internacionais, meta-análises e revisões sistemáticas em profissionais de saúde reportam prevalências de sintomas depressivos e ansiosos frequentemente na ordem dos 20–30%, com variação por contexto e período, o que ilustra a magnitude do desafio em serviços continuados de cuidado (Pappa et al., 2020; Salari et al., 2020; Hill et al., 2022). Estudos focados em lares e cuidados de longa duração mostram, de forma convergente, níveis relevantes de sintomas, com cerca de um terço dos trabalhadores a apresentar problemas significativos de ansiedade e/ou depressão em determinados períodos (Husky et al., 2022; Conejero et al., 2023). Em grupos de trabalhadores de instituições de cuidados a pessoas



idosas, fatores psicossociais como baixa autonomia, conflitos de papel e apoio insuficiente associam-se prospectivamente a mais ansiedade, sublinhando o peso do contexto organizacional (Gallego-Alberto et al., 2017).

A depressão nas equipas de enfermagem e cuidadores formais tem sido associada a presentismo, maior auto-reporte de erros e diminuição da qualidade percebida do cuidado, mesmo em estudos que controlam variáveis individuais e de organização (Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012; Melnyk et al., 2021). Embora a evidência causal seja difícil de estabelecer em estudos observacionais, os resultados são consistentes ao apontar que sintomas depressivos e ansiosos reduzem a atenção, a regulação emocional e a tomada de decisão, com potenciais implicações na segurança e na experiência da pessoa cuidada (Letvak et al., 2012; Hill et al., 2022). Em paralelo, estudos setoriais reforçam que condições de trabalho positivas se associam a melhor saúde mental e menor exaustão, o que sugere ganhos paralelos para qualidade e segurança (OECD, 2023; Nigam et al., 2023).

O perfil de risco para ansiedade e depressão em AAD integra determinantes individuais (história de vida, história prévia de perturbação afetiva, baixa resiliência, dificuldades de sono) e organizacionais (sobrecarga, ritmos elevados, comunicação interturnos frágil, escassez de equipamentos de mobilização), bem como clínicos (elevada prevalência de demência e multimorbilidade entre residentes) (Gallego-Alberto et al., 2017; OECD, 2023; Husky et al., 2022). A literatura durante e após a pandemia mostra ainda agravamento dos sintomas em trabalhadores de longa duração, especialmente quando coexistiram falhas de apoio institucional e eventos críticos repetidos (Husky et al., 2022; Conejero et al., 2023). Estes fatores articulam-se com exaustão e baixa satisfação no trabalho, criando ciclos de retroalimentação entre mal-estar psicológico e queda nos recursos motivacionais disponíveis para a prática quotidiana (Hill et al., 2022; OECD, 2023).

No plano operacional, a avaliação de ansiedade e depressão em contexto organizacional requer instrumentos breves, válidos e sensíveis. O PHQ-9 é uma escala de nove itens que mede a sintomatologia depressiva, com propriedades psicométricas sólidas e pontos de corte amplamente usados: 5 (ligeira), 10 (moderada), 15 (moderadamente grave) e 20 (grave) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Em Portugal, estudos com versões europeias portuguesas demonstram boa consistência interna, validade convergente e invariância de medida em diferentes amostras, sustentando o seu uso em investigação aplicada e monitorização de programas (Monteiro et al., 2013; Monteiro et al., 2019; Lamela et al., 2020). Para ansiedade, o GAD-7 é uma escala de sete itens com excelente desempenho para



despiste e gravidade, utilizando cortes em 5 (ligeira), 10 (moderada) e 15 (grave) (Spitzer et al., 2006). A versão portuguesa europeia evidencia fiabilidade e validade adequadas em populações clínicas e comunitárias, apoiando o seu emprego em ambientes de cuidado e estudos com trabalhadores (Sousa-Santos et al., 2015).

A interpretação destas medidas deve atender ao contexto organizacional. Em equipas com pressão assistencial elevada e tempo relacional limitado, pontuações aumentadas podem refletir tanto sofrimento clínico como respostas adaptativas a condições adversas, pelo que a leitura deve ser integrada com indicadores de clima, absentismo/presentismo e dados qualitativos sobre trabalho (Nigam et al., 2023; OECD, 2023). Para além disso, valores no limiar da moderada gravidade (PHQ-9  $\geq 10$ ; GAD-7  $\geq 10$ ) têm utilidade na identificação de profissionais que podem beneficiar de avaliação clínica adicional e de intervenções precoces na organização (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 2006; Sousa-Santos et al., 2015).

Quanto às consequências para a prática, os estudos apontam três vias principais. Primeiro, via cognitiva/afetiva: sintomas ansiosos e depressivos associam-se a mais distraibilidade, menor tolerância à frustração e maior reatividade emocional, com potenciais efeitos na comunicação terapêutica e na gestão de comportamentos em demência (Letvak et al., 2012; Conejero et al., 2023). Segundo, via comportamental: aumento de presentismo e erros auto-reportados (p. ex., falhas em rotinas, lapsos de registo), sobretudo quando não existem mecanismos de supervisão e *feedback* (Letvak et al., 2012; Melnyk et al., 2021). Terceiro, via organizacional: maior intenção de saída e quebra de continuidade, o que fragiliza relações terapêuticas e a implementação coerente de planos centrados na pessoa (OECD, 2023; Husky et al., 2022).

A prevenção e mitigação exigem intervenções multinível. Revisões recentes sintetizam evidência de programas organizacionais (ajustes de dotação/rácios, pausas protegidas, redistribuição de tarefas, melhoria do fluxo de informação), formação em comunicação e gestão emocional, supervisão clínica estruturada, e apoio psicológico acessível e confidencial — todos com efeitos benéficos em sintomas, *stress* e indicadores de bem-estar (Anger et al., 2024; Nigam et al., 2023). Intervenções que combinam mudanças de contexto (p. ex., escalas mais estáveis, dispositivos de mobilização, ergonomia) com desenvolvimento de competências (p. ex., desescalada comportamental, validação, *coping*) tendem a produzir melhorias mais sustentadas, em linha com a lógica de que ansiedade e depressão das equipas emergem da interação entre exigências e recursos (OECD, 2023; Anger et al., 2024).



Em síntese, ansiedade e depressão entre AAD não são apenas fenómenos individuais: são indicadores sensíveis do ajuste (ou desajuste) entre exigências do trabalho e recursos disponíveis, com impactos verificáveis na segurança, nas experiências e na continuidade do cuidado.

## 2.6. *Burnout* e envolvimento laboral no contexto de cuidado

O *burnout* é concetualizado como uma síndrome ocupacional resultante de *stress* crónico no trabalho não gerido com sucesso, caracterizada por exaustão emocional, descrença/cinismo e redução da eficácia profissional (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; World Health Organization, 2019). Nas equipas de CLD, estes componentes emergem da combinação de ritmos intensos, exigências emocionais e constrangimentos organizacionais, com impacto direto na qualidade do cuidado e na segurança (Maslach et al., 2001; OECD, 2023). Em contraste, o envolvimento laboral (*work engagement*) descreve um estado afetivo-motivacional positivo, composto por vigor, dedicação e absorção, associado a melhor desempenho e a comportamentos voluntários de apoio ao cuidado (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002; Schaufeli & Bakker, 2004). Importa sublinhar que *burnout* e envolvimento não são meros opostos num *continuum*; têm preditores e trajectórias parcialmente distintas, ainda que inter-relacionadas (Schaufeli & Bakker, 2004; Hakanen et al., 2008).

A literatura evidencia que exigências do trabalho (carga física, exigências emocionais, conflitos de papel, burocracia) predizem exaustão e cinismo, enquanto recursos (autonomia, apoio da chefia e dos pares, *feedback*, reconhecimento, *skill mix* adequado) predizem envolvimento e eficácia – um padrão que será formalizado no capítulo seguinte pelo modelo *Job Demands–Resources* (JD–R) (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007). Estudos longitudinais em profissionais de saúde mostram que recursos podem amortecer o efeito das exigências e promover uma espiral de ganho via envolvimento (Bakker & Demerouti, 2007; Hakanen et al., 2008). Em lares e CLD, a dotação de pessoal e a estabilidade das equipas associam-se a menos *burnout* e a melhor experiência dos residentes, sugerindo mecanismos comuns entre bem-estar das equipas e qualidade dos cuidados (Backhaus et al., 2017; OECD, 2023).

As consequências do *burnout* para a prática assistencial são amplamente documentadas: maior presentismo e absentismo, intenção de saída, erros auto-reportados e pior qualidade percebida do cuidado (Letvak et al., 2012; Panagioti et al., 2018). Em contextos residenciais, o desgaste associa-se a menor disponibilidade relacional, aumento de interações instrumentais e fragilização da continuidade, com efeito nas dimensões de dignidade e sentido do cuidado (Backhaus et al., 2020). Pelo contrário, níveis mais elevados de envolvimento relacionam-se com melhor desempenho de tarefa,



comportamentos de cidadania organizacional, menor intenção de saída e maior adesão a práticas centradas na pessoa (Christian, Garza, & Slaughter, 2011; Schaufeli & Bakker, 2004). Meta-análises em saúde indicam que o envolvimento está associado a melhor segurança e qualidade técnica e relacional do cuidado, mesmo após controlo de variáveis individuais (Christian et al., 2011; Hall et al., 2016).

A dinâmica temporal entre *burnout* e envolvimento tem sido explorada em estudos longitudinais, evidenciando efeitos recíprocos: *burnout* prediz decréscimos subsequentes no envolvimento e este, por sua vez, prediz reduções futuras no *burnout* — particularmente através de mecanismos como auto-eficácia e recuperação (Hakanen et al., 2008). Estes dados sustentam intervenções orientadas para reforçar recursos (autonomia, apoio, *feedback*, oportunidades de aprendizagem) e reduzir exigências desnecessárias (sobrecarga administrativa, ruído, tarefas de baixo valor), com o duplo objetivo de prevenir *burnout* e potenciar envolvimento (Bakker & Demerouti, 2007; Knight, Patterson, & Dawson, 2017).

Em termos de intervenção, a evidência recomenda abordagens multinível. Ao nível organizacional, a melhoria de rácios, a previsibilidade de escalas, a disponibilização de equipamentos de mobilização e a simplificação de processos burocráticos mostram efeitos relevantes em indicadores de exaustão e intenção de saída (OECD, 2023). Ao nível da liderança, estilos transformacionais/*empowering* e supervisão clínica próxima associam-se a menor *burnout* e maior envolvimento (Montano, Reeske, Franke, & Hüffmeier, 2017). Ao nível da equipa/indivíduo, intervenções de treino em comunicação e regulação emocional, *debriefings*, programas de recuperação (sono, pausas protegidas) e formação específica em demência e cuidados centrados na pessoa têm mostrado ganhos consistentes (Knight et al., 2017; Backhaus et al., 2020). A combinação de ajustes de contexto com desenvolvimento de competências tende a produzir efeitos mais duradouros, em linha com a lógica JD-R (Bakker & Demerouti, 2007; Knight et al., 2017).

Em síntese, *burnout* e envolvimento laboral constituem determinantes inversos da qualidade do cuidado em longa duração: o primeiro fragiliza segurança, relação e continuidade; o segundo potencia desempenho, humanização e estabilidade das equipas (Maslach et al., 2001; Christian et al., 2011; Backhaus et al., 2020). A sua compreensão ganha profundidade quando enquadrada no modelo JD-R, que explicita como exigências e recursos organizacionais se articulam para produzir trajetórias de desgaste ou de vigor — ponte que será desenvolvida no subcapítulo seguinte (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007).



## 2.7. Modelo *Job Demands–Resources* (JD–R)

O modelo *Job Demands–Resources* (JD–R) propõe que todos os trabalhos podem ser descritos por um conjunto de exigências (aspectos físicos, emocionais, cognitivos ou organizacionais que requerem esforço continuado) e recursos (aspectos do trabalho que ajudam a atingir objetivos, reduzem o custo das exigências ou estimulam crescimento e aprendizagem) (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007). Em ERPI, exemplos de exigências incluem a carga física da mobilização e higiene, o contacto continuado com sofrimento e perda funcional, a gestão de comportamentos em demência e a burocracia; recursos típicos são a dotação de pessoal adequada, autonomia proporcional, liderança de proximidade, *feedback*, reconhecimento, equipamentos de apoio (ex.: ajudas técnicas de mobilização), formação em demência e tempo relacional (Backhaus et al., 2017; Backhaus et al., 2020; OECD, 2023).

O JD–R descreve dois processos centrais. O processo de desgaste (*health impairment*) explica como exigências crónicas conduzem a exaustão e, subsequentemente, a *burnout*, com impactos na saúde (incluindo ansiedade e depressão) e no desempenho (Demerouti et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004). O processo motivacional explica como recursos de trabalho fomentam envolvimento laboral (vigor, dedicação, absorção), melhor desempenho e comportamentos de cidadania organizacional (Bakker & Demerouti, 2007; Christian, Garza, & Slaughter, 2011). Estudos em contextos de longa duração mostram que níveis e *skill mix* de pessoal (recurso estrutural) se associam a melhores desfechos clínicos e de experiência, sugerindo que reforçar recursos quebra o ciclo de desgaste e alimenta o ciclo motivacional (Backhaus et al., 2017; Backhaus et al., 2020).

A literatura distingue ainda exigências–obstáculo (que bloqueiam a realização, por exemplo, conflitos de papel, burocracia excessiva) e exigências–desafio (que podem ser estimulantes, por exemplo, complexidade clínica com autonomia e apoio), que têm relações distintas com *burnout* e envolvimento (Van den Broeck, De Cuyper, De Witte, & Vansteenkiste, 2010). Do lado dos recursos, além dos recursos do trabalho (autonomia, apoio, *feedback*), o modelo integra recursos pessoais como autoeficácia, esperança e otimismo, que ampliam o efeito motivacional dos recursos e amortecem o impacto das exigências (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). Esta perspetiva é consistente com a Teoria da Conservação de Recursos (COR), segundo a qual pessoas e equipas procuram adquirir, proteger e investir recursos; perdas geram espirais de desgaste e ganhos potenciam espirais motivacionais (Hobfoll, 1989; Bakker & Demerouti, 2007).



A evidência longitudinal e multinível mostra que as relações propostas pelo JD-R são robustas no tempo e no dia-a-dia do trabalho. Estudos evidenciam que variações diárias nos recursos (por exemplo, apoio do superior, *feedback*) predizem maior envolvimento e melhor desempenho nesse mesmo dia, enquanto picos de exigências sem recursos correspondentes aumentam exaustão (Breevaart & Bakker, 2018). Meta-análises confirmam efeitos longitudinais moderados a fortes entre exigências → *burnout* e recursos → envolvimento, bem como efeitos cruzados (envolvimento de hoje prediz menor *burnout* futuro) (Hakanen et al., 2008; Lesener, Gusy, & Wolter, 2019). Em ERPI, onde a continuidade relacional e a estabilidade de equipas são críticas, estes mecanismos ajudam a explicar ligações empiricamente observadas entre condições de trabalho, bem-estar das equipas e qualidade dos cuidados (Backhaus et al., 2017; OECD, 2023).

O JD-R é também pragmático para orientar intervenção. Ao nível organizacional, reduzir exigências-obstáculo (p. ex., burocracia redundante, ruído, rotinas mal sincronizadas) e aumentar recursos-chave (dotação, liderança de proximidade, equipamentos, formação, tempo relacional) tende a diminuir exaustão e a promover envolvimento (Bakker & Demerouti, 2007; OECD, 2023). Ao nível da equipa/indivíduo, práticas de *job crafting* — ajustes proativos às tarefas, relações e perceção de significado — mostram ganhos em recursos percebidos, envolvimento e bem-estar (Tims, Bakker, & Derks, 2013). Integrar estas abordagens com supervisão clínica e *feedback* de qualidade aumenta a probabilidade de efeitos sustentados, em linha com o papel mediador de *burnout*/ansiedade e de envolvimento no caminho para os resultados em cuidado (Christian et al., 2011; Lesener et al., 2019).

Para esta dissertação, o JD-R oferece um quadro integrador que liga condições de trabalho (exigências e recursos, incluindo tempo relacional) à saúde mental das AAD (ansiedade, depressão) e à qualidade do cuidado em ERPI. Em termos analíticos, sustenta pressupostos como: exigências elevadas associam-se a piora da saúde mental; recursos associam-se a melhor bem-estar e melhor prática; recursos moderam o impacto das exigências; e intervenções que aumentam recursos e reduzem exigências-obstáculo deverão refletir-se em melhorias de indicadores clínicos e de experiência (Demerouti et al., 2001; Bakker & Demerouti, 2007; Lesener et al., 2019).

## **2.8. Fatores de risco e protetores no trabalho das AAD**

No contexto das ERPI, o trabalho das AAD é marcado por exigências físicas, emocionais e organizacionais que, quando persistentes e não compensadas por recursos adequados, se associam a exaustão, ansiedade/depressão e queda da qualidade do cuidado. À luz do JD-R, constituem fatores de



risco as exigências obstáculo – sobrecarga física nas manobras de mobilização e higiene, gestão de comportamentos desafiantes em demência sem recursos de apoio, burocracia redundante, conflitos de papel e dotação de pessoal insuficiente – bem como a instabilidade de equipas e a previsibilidade limitada de turnos (Van den Broeck et al, 2010; Backhaus et al, 2017; OECD, 2023). Em estudos nacionais com cuidadores formais, estes padrões associam-se a ansiedade e desgaste acrescidos, sobretudo quando coexistem baixa autonomia e fraco reconhecimento (Pereira & Marques, 2014; Monteiro, Queirós, & Marques, 2014).

Do ponto de vista ergonómico e de segurança, a ausência ou subutilização de equipamentos de apoio à mobilização (ex.: gruas de transferência, lençóis deslizantes), a inadequação arquitetónica (espaços estreitos, má iluminação/ruído, fraca legibilidade ambiental) e a organização do trabalho que concentra picos de esforço em janelas curtas elevam o risco de lesões músculo-esqueléticas e aumentam a fadiga, com efeitos indiretos na qualidade relacional (Backhaus et al, 2017; Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023). Estes fatores, quando combinados com documentação dispersa e fluxos de comunicação interturnos frágeis, alimentam rutura de continuidade e erros por omissão (Santana et al, 2014; Lopes et al, 2018).

Entre os fatores protetores organizacionais, a evidência destaca: dotação e *skill mix* adequados – maior proporção de profissionais com formação específica correlaciona-se com melhores desfechos clínicos e de experiência; liderança de proximidade e supervisão clínica regulares, com *feedback* e apoio à decisão; previsibilidade e justiça na escala, que reduzem conflito trabalho-vida; sistemas de registo e passagem de turno claros; e acesso a equipamentos e ambientes arquitetónicos que promovam mobilidade segura, privacidade, orientação e controlo sensorial (Backhaus et al, 2017; Backhaus et al, 2020; Montano et al, 2017; Lameira et al, 2023). Estes recursos moderam o impacto das exigências e criam condições para tempo relacional consistente, chave para práticas centradas na pessoa (Backhaus et al, 2020).

Nos recursos relacionais e de prática, sobressaem: culturas de reconhecimento (agradecimento explícito, participação em decisões micro-organizacionais); comunicação estruturada entre turnos/disciplinas (por exemplo, *briefings* curtos com priorização de riscos e objetivos do dia); e trabalho interdisciplinar coeso com metas partilhadas no plano individual (McCormack & McCance, 2006; Brooker, 2004; Santana et al, 2014). Em demência, formação prática em validação, desescalada e adaptação de tarefas reduz episódios de agitação e facilita interações com significado, protegendo simultaneamente as equipas (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Backhaus et al, 2020).



Os recursos pessoais – autoeficácia, esperança/otimismo e estratégias de *coping* – também funcionam como amortecedores, potenciando o efeito dos recursos do trabalho e favorecendo envolvimento (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). Intervenções de *job crafting* (ajustes proativos às tarefas, relações e sentido do trabalho), quando apoiadas pela liderança e integradas em ciclos de melhoria, aumentam recursos percebidos, vigor e dedicação (Tims et al., 2013; Knight et al., 2017). Contudo, a literatura é clara: recursos pessoais não substituem recursos organizacionais – funcionam melhor quando a organização garante dotação, equipamentos e clima relacional adequados (Bakker & Demerouti, 2007; OECD, 2023).

A arquitetura e o ambiente devem ser entendidos como recursos estruturais. Espaços legíveis, com boa acústica/iluminação, zonas de calma, percursos acessíveis e quartos que facilitem privacidade e participação reduzem a sobrecarga sensorial, melhoram orientação e diminuem o esforço físico das equipas, libertando tempo e energia para o cuidado relacional (Lameira et al., 2023). Esta dimensão ambiental articula-se com procedimentos de trabalho (rotas, horários de banho/refeições, distribuição de tarefas), formando um sistema sociotécnico cujo desenho influencia simultaneamente bem-estar das AAD e resultados para residentes (Backhaus et al., 2017; Santana et al., 2014).

Em síntese, os riscos nas AAD emergem da combinação de exigências altas (físicas, emocionais, burocráticas) com recursos insuficientes (dotação, liderança, equipamentos, ambiente), produzindo trajetórias de desgaste; os fatores protetores operam nos planos estrutural, processual, relacional e pessoal, suportando envolvimento e qualidade centrada na pessoa. Para a prática e gestão em ERPI, a prioridade consiste em reduzir exigências-obstáculo (sobrecarga improdutiva, ruído/burocracia) e potenciar recursos-chave (dotação, liderança, formação em demência, arquitetura favorável e sistemas de comunicação), alinhando-se com o quadro JD-R (Bakker & Demerouti, 2007; Van den Broeck et al., 2010; Backhaus et al., 2017; OECD, 2023).

## **2.9. Recursos pessoais e relacionais**

No quadro JD-R, os recursos – do trabalho, pessoais e relacionais – exercem um efeito motivacional (promovendo envolvimento) e protetor (amortecendo o impacto das exigências), com consequências mensuráveis para a saúde mental das AAD e para a qualidade do cuidado (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007). Em ERPI, onde a prática quotidiana é intensiva em relação, recursos como estratégias de *coping*, bem-estar espiritual e reconhecimento/apoio social são



determinantes para sustentar o tempo relacional, a personalização e a coerência dos planos de cuidado (Backhaus et al., 2020).

### **2.9.1. Coping e autorregulação emocional**

Na tradição transaccional do *stress* (Lazarus & Folkman, 1984), o *coping* designa esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências avaliadas como excessivas ou desafiantes. Em trabalhadores de longa duração, estratégias centradas no problema (por exemplo, planear, pedir ajuda técnica, reorganizar tarefas) e estratégias de regulação emocional (por exemplo, técnicas de respiração/*grounding*) associam-se a menos ansiedade/depressão e maior envolvimento (Hill et al., 2022; Nigam et al., 2023). Pelo contrário, evitação, ruminação e supressão mantida tendem a prever exaustão e sintomas ansiosos/depressivos (Hill et al., 2022).

Em contextos com demência, *micro-skills* de comunicação (validação, simplificação da tarefa, *pacing*) reduzem agitação do residente e *stress* do cuidador, funcionando como *coping* técnico-relacional com efeitos positivos no clima de cuidado (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Backhaus et al., 2020). Programas breves que combinam treino em comunicação, técnicas de recuperação (pausas protegidas, higiene do sono) e *debriefings* estruturados mostram melhorias em *stress* e indicadores de bem-estar em profissionais de saúde e de longa duração (Knight et al., 2017; Anger et al., 2024).

### **2.9.2. Espiritualidade e bem-estar espiritual**

A espiritualidade — entendida como busca de sentido, conexão e valores, independente de filiação religiosa — tem sido associada a menor *burnout* e melhor bem-estar psicológico em profissionais de saúde (Ruiz-Fernández et al., 2023). Estudos mostram que bem-estar espiritual prediz exaustão mais baixa e maior vitalidade, possivelmente via reavaliação de significado, esperança e coesão relacional nas equipas (Ruiz-Fernández et al., 2023). Para AAD, que lidam diariamente com perda funcional, luto e finitude, recursos de sentido podem sustentar a compaixão sem escalar para fadiga por compaixão, favorecendo presença terapêutica e estabilidade emocional nas interações (Backhaus et al., 2020).

Importa sublinhar que “espiritualidade” aqui não implica práticas confessionais na organização; traduz-se em espaço ético-relacional para discutir significado e valores, rotinas de reflexão (por exemplo, rondas de bem-estar), supervisão clínica sensível à dimensão existencial e aliança com a pessoa/família em torno do que é importante para ela (McCormack & McCance, 2006; Ruiz-Fernández et al., 2023).



### 2.9.3. Reconhecimento, apoio social e justiça organizacional

No plano relacional, apoio da chefia e dos pares e reconhecimento explícito (*feedback*, participação em pequenas decisões, celebração de bons cuidados) são recursos com efeitos consistentes em ansiedade/depressão (mais baixos), *burnout* (mais baixo) e envolvimento (mais alto) (Montano et al., 2017; OECD, 2023). A teoria Esforço–Recompensa (Siegrist, 1996) mostra que desequilíbrios entre investimento e reconhecimento (monetário, estatutário e simbólico) predizem mal-estar psicológico; reduzir esse *gap* via *feedback* justo, oportunidades de aprendizagem e perspetivas de desenvolvimento protege o bem-estar (Siegrist, 1996; Montano et al., 2017).

Adicionalmente, perceções de justiça organizacional – distributiva, procedimental e interacional – associam-se a menos *stress* e maior compromisso, fortalecendo a confiança e a cooperação no trabalho em turnos (Colquitt, 2001). Em ERPI, *briefings* curtos com prioridades partilhadas, passagens de turno estruturadas, e indicadores de continuidade relacional (quem acompanha quem) transformam o reconhecimento numa prática de equipa que melhora experiência do residente e reduz conflitos (Santana et al., 2014; Backhaus et al., 2020).

### 2.9.4. Integração prática em ERPI

A literatura converge em que recursos pessoais e relacionais não substituem recursos estruturais (dotação, equipamentos, ambientes), mas potenciam-nos (Bakker & Demerouti, 2007; OECD, 2023). Intervenções efetivas combinam: ajustes organizacionais (escalas previsíveis, redução de burocracia, dispositivos de mobilização, espaços de calma); desenvolvimento de competências (comunicação em demência, técnicas de *coping*/recuperação); e mecanismos de reconhecimento (*feedback* frequente, justiça procedimental, participação) (Knight et al., 2017; Montano et al., 2017). O resultado esperado é menor ansiedade/depressão, mais envolvimento e maior qualidade relacional nas rotinas de higiene, alimentação, mobilização e ocupações com significado (Backhaus et al., 2020; Hill et al., 2022).

Em suma, *coping* eficaz, bem-estar espiritual e reconhecimento/apoio social configuram um núcleo de recursos que sustenta a humanização do cuidado e protege a saúde mental das AAD. À luz do JD–R, estes recursos contribuem para quebrar espirais de desgaste e alimentar espirais motivacionais, criando condições para tempo relacional e práticas centradas na pessoa de forma consistente (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007; Backhaus et al., 2020).



## 2.10. Condições organizacionais

Em contextos de longa duração, as condições organizacionais – dotação e *skill mix* de pessoal, previsibilidade de escalas, liderança de proximidade, sistemas de comunicação e registo, acesso a equipamentos e condições ambientais—são determinantes para a qualidade dos cuidados e para a permanência das equipas (Backhaus et al., 2017; OECD, 2023). A evidência em lares mostra que níveis e composição de pessoal adequados se associam a melhores *outcomes* clínicos e de experiência, ao passo que subdotação e elevada rotatividade fragilizam a continuidade relacional e aumentam eventos adversos (Backhaus et al., 2017; Castle & Engberg, 2006).

No plano psicossocial, ambientes com exigências elevadas e recursos escassos tendem a aumentar exaustão e ansiedade/depressão, elevando a intenção de saída; inversamente, recursos como autonomia, apoio da chefia e *feedback* regular promovem envolvimento e permanência (Schaufeli & Bakker, 2004; Nigam et al., 2023). Estudos com profissionais de saúde associam presentismo, erros auto-reportados e pior qualidade percebida ao desgaste, evidenciando que o mal-estar não é apenas um problema individual, mas organizacional, com impacto direto no cuidado (Letvak et al., 2012; Hall et al., 2016).

A liderança constitui uma alavanca central. Meta-análises mostram que estilos transformacional/*empowering* e supervisão clínica próxima se associam a melhor saúde mental, melhor desempenho e menor intenção de saída (Montano et al., 2017). Em ERPI, lideranças que reconhecem o trabalho, fornecem apoio técnico nas decisões quotidianas e removem obstáculos (por exemplo, burocracia redundante) criam as condições para tempo relacional e práticas centradas na pessoa de forma consistente (Backhaus et al., 2020; OECD, 2023).

A organização do trabalho e das escalas influencia diretamente a permanência. Previsibilidade, justiça procedimental e continuidade de cuidador (evitar trocas excessivas numa mesma pessoa) associam-se a melhor experiência para residentes e a menor conflito trabalho-vida para as equipas (Colquitt, 2001; Backhaus et al., 2020). Em sentido inverso, turnos longos e instáveis, picos de esforço concentrados e passagens de turno pouco estruturadas aumentam falhas por omissão e minam o sentimento de eficácia, alimentando intenções de saída (Hall et al., 2016; OECD, 2023).

A relação esforço–recompensa é outro mecanismo explicativo. Desequilíbrios entre exigências e recompensas (salariais, de desenvolvimento, simbólicas) preveem pior bem-estar e maior intenção de



sair; políticas de reconhecimento visível, oportunidades de aprendizagem e participação em micro-decisões mitigam esse risco (Siegrist, 1996; Montano et al., 2017). Em lares, planos de desenvolvimento em demência e formação em cuidados centrados na pessoa associam-se a maior confiança relacional e a melhor clima de unidade, favorecendo a permanência (Backhaus et al., 2020).

Os sistemas de comunicação e a integração de cuidados também pesam. Passagens de turno estruturadas, registos claros e articulação com a RNCCI reduzem ruturas nas transições e reforçam a segurança (Santana et al., 2014; Lopes et al., 2018). Onde a informação é fiável e o plano individual está visível para a equipa, diminuem erros por omissão e aumenta a coerência das intervenções, fatores associados a satisfação profissional e intenção de permanecer (Santana et al., 2014).

O ambiente físico funciona como recurso estrutural. Espaços legíveis, com boa acústica e iluminação, corredores acessíveis, zonas de calma e equipamentos de mobilização disponíveis reduzem o esforço físico das AAD, melhoram a orientação dos residentes e libertam tempo para o cuidado relacional (Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023). Esta ergonomia traduz-se em menor fadiga e em menos incidentes, mediando, por via da experiência de trabalho, efeitos sobre a intenção de saída (Backhaus et al., 2017; Lameira et al., 2023).

De forma resumida, a permanência e intenção de saída nas AAD não são fenómenos aleatórios: expressam o grau de ajuste entre exigências e recursos organizacionais. Intervir nas alavancas acima descritas é condição para sustentar qualidade e estabilizar equipas, fechando o ciclo entre bem-estar dos profissionais e experiência das pessoas residentes (Schaufeli & Bakker, 2004; OECD, 2023).

## **2.11. Ética do cuidado em ERPI**

A ética do cuidado em ERPI assenta na articulação de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, princípios que orientam decisões microéticas quotidianas num ambiente de elevada complexidade clínica e relacional. Esta dimensão é indissociável da qualidade do cuidado: práticas que respeitam valores e preferências da pessoa associam-se a melhor experiência vivida, sentido de dignidade e segurança, funcionando como critério substantivo da humanização (Beauchamp & Childress, 2019; World Health Organization, 2015; Backhaus et al., 2020).

A autonomia concretiza-se quando a pessoa participa informadamente nas decisões, com informação inteligível, tempo para deliberar e possibilidade real de escolha sobre rotinas, horários, higiene e alimentação. Em situações com compromisso cognitivo, a tomada de decisão apoiada recorre à



família/representante e à biografia para interpretar interesses e preferências, preservando o máximo de autodeterminação possível. Na prática, isto exige planos individualizados visíveis para toda a equipa e registos clinicamente úteis que tornem rastreáveis preferências e respostas ao cuidado, garantindo coerência entre turnos e disciplinas (World Health Organization, 2015; McCormack & McCance, 2006; Kitwood, 1997).

A privacidade e a dignidade são componentes éticas estruturantes do quotidiano institucional. Respeitar a reserva durante manobras íntimas, pedir consentimento proporcional e explicar procedimentos são deveres básicos que dependem de competências relacionais e também de recursos ambientais adequados (World Health Organization, 2015; Lameira, Lourenço, & Fernandes, 2023). A arquitetura, a organização das escalas e o desenho de rotinas formam o contexto que pode facilitar, ou dificultar, o exercício desses direitos (McCormack & McCance, 2006; Lameira et al., 2023).

A confidencialidade e a partilha proporcional de informação entre profissionais são igualmente centrais. Registos claros e sínteses sucintas nas passagens de turno permitem continuidade e segurança, evitando tanto a omissão de dados relevantes como a divulgação excessiva de informação sensível. Esta prática alinha-se com a abordagem centrada na pessoa, que exige que a informação partilhada tenha finalidade assistencial explícita e sirva para sustentar intervenções com significado para a pessoa (McCormack & McCance, 2006; World Health Organization, 2015).

A justiça organizacional traduz-se em procedimentos previsíveis e equitativos (por exemplo, distribuição de turnos, acesso a formação, mecanismos de reconhecimento), que fortalecem confiança e cooperação nas equipas e reduzem conflito trabalho-vida. A evidência mostra que perceções de justiça—distributiva, procedimental e interacional—se associam a melhor bem-estar e menor intenção de saída; em paralelo, equilíbrio esforço—recompensa e liderança de proximidade sustentam clima ético e qualidade relacional no cuidado (Colquitt, 2001; Siegrist, 1996; Montano et al., 2017). Nesta perspetiva, ética do cuidado é também ética organizacional, em linha com o quadro JD-R, no qual os recursos habilitam decisões eticamente sólidas e protegem o bem-estar das equipas (Bakker & Demerouti, 2007; Backhaus et al., 2020).

A gestão ética implica políticas institucionais claras sobre consentimento informado e privacidade, formação contínua em comunicação e deliberação ética, auditorias internas aos registos e às passagens de turno, e mecanismos de escuta e participação de residentes e famílias. Em sistemas integrados, esta governação deve articular-se com os circuitos de saúde e ação social, reforçando a continuidade e a



responsabilização entre níveis de cuidado (World Health Organization, 2015; Santana et al., 2014). Ao conjugar princípios éticos com condições organizacionais e competências relacionais, as ERPI criam as pré-condições para tempo relacional, participação informada e qualidade centrada na pessoa de forma consistente (Backhaus et al., 2020; McCormack & McCance, 2006).



### 3. Métodos

O presente estudo adotou uma metodologia mista, de natureza descritiva e exploratória, estruturando-se como um estudo de caso único desenvolvido numa instituição de apoio a pessoas idosas. A escolha pelo estudo de caso justifica-se pela possibilidade de analisar, de forma aprofundada e contextualizada, a experiência dos cuidadores formais e a forma como a sua saúde mental se relaciona com a qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com Stake (1995), o estudo de caso constitui uma estratégia adequada quando se pretende compreender em profundidade fenómenos em contextos reais e específicos, valorizando a riqueza interpretativa e a singularidade de cada situação. Yin (2014) acrescenta que esta abordagem é particularmente útil em investigações que procuram responder a questões de tipo “como” e “porquê”, quando o investigador não tem controlo sobre os acontecimentos em estudo. Em Portugal, Amado (2017) reforça que o estudo de caso, em investigação qualitativa, permite analisar as práticas num contexto natural, favorecendo a proximidade do investigador ao terreno.

A integração de dados quantitativos e qualitativos revelou-se fundamental para compreender este fenómeno em toda a sua complexidade: por um lado, as escalas padronizadas permitiram avaliar dimensões objetivas da saúde mental; por outro, as entrevistas semiestruturadas possibilitaram explorar as perceções subjetivas dos profissionais (Creswell, 2014).

A opção pela metodologia mista encontra suporte na literatura. Creswell (2014) defende que a combinação de métodos quantitativos e qualitativos permite articular a amplitude dos dados numéricos com a profundidade interpretativa das narrativas. Tashakkori e Teddlie (2010) sublinham igualmente que os métodos mistos são particularmente adequados em contextos sociais complexos, permitindo ao investigador captar dimensões distintas do mesmo fenómeno.

A investigação decorreu numa IPSS localizada no Porto, que integra as respostas sociais de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A instituição dispõe de uma equipa multidisciplinar, sendo que os Ajudantes de Ação Direta (AAD) assumem um papel central na prestação diária de cuidados, o que torna este contexto particularmente adequado para a análise proposta. Para a realização do estudo, foi obtida autorização formal da direção da instituição (apêndice A), garantindo-se as condições necessárias para a sua concretização.



A questão de investigação que orientou este trabalho foi: Qual é o impacto da saúde mental dos cuidadores formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas?

De forma a assegurar a coerência entre os objetivos delineados e os procedimentos de recolha de dados, a seguinte tabela relaciona cada objetivo específico com os respetivos instrumentos aplicados. Esta sistematização permite evidenciar a adequação dos métodos escolhidos às finalidades do estudo e a complementaridade entre a componente quantitativa e qualitativa da investigação.

Tabela 1 – Relação entre objetivos específicos e instrumentos de recolha de dados

Objetivo Específico	Instrumentos de recolha de dados
1. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores formais participantes.	<b>Questionário Sociodemográfico</b> – variáveis como idade, sexo, estado civil, escolaridade, vínculo contratual, tempo de experiência, etc.
2. Avaliar os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa dos cuidadores formais.	<b>Escalas padronizadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i> – avaliação da sintomatologia depressiva.</li> <li>• <i>Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)</i> – avaliação da sintomatologia ansiosa.</li> </ul>
3. Explorar as perceções dos cuidadores formais relativamente à sua experiência profissional, bem-estar psicológico e impacto na qualidade dos cuidados.	<b>Entrevistas semiestruturadas</b> – guiadas por questões abertas sobre experiência de trabalho, fatores de <i>stress</i> , estratégias de <i>coping</i> , impacto da saúde mental na prática de cuidados.
4. Identificar necessidades de apoio e estratégias que promovam a saúde mental e a humanização dos cuidados.	<b>Entrevistas semiestruturadas</b> – questões sobre necessidades percebidas, sugestões de melhoria e recomendações para reforçar o bem-estar dos cuidadores e a qualidade dos cuidados prestados.

### 3.1. Participantes

O grupo de participantes foi constituído por 13 AAD. A seleção dos participantes foi feita com base nos seguintes critérios de inclusão: cuidadores formais com vínculo contratual efetivo ou temporário, em regime de tempo integral ou parcial, que desempenham funções diretamente relacionadas ao cuidado dos utentes; cuidadores que aceitassem participar voluntariamente, assinando o termo de consentimento informado.

Os critérios de exclusão foram: cuidadores que se encontrem de baixa médica durante o período do estudo (este critério é considerado para garantir que os participantes estejam em condições normais de trabalho, o que permitirá uma avaliação mais precisa da relação entre saúde mental e qualidade dos cuidados prestados).



No total, 13 AAD completaram o questionário sociodemográfico e as escalas (PHQ-9 e GAD-7). Para a componente qualitativa, o convite foi dirigido a todas as 13 participantes, tendo sido realizadas 8 entrevistas semiestruturadas. As 5 não entrevistadas deveram-se à indisponibilidade de horário ou opção de não participação, previamente salvaguardadas no consentimento informado. A constituição desta subamostra qualitativa seguiu um critério intencional (por conveniência), procurando máxima variação sempre que possível (turnos, anos de experiência e respostas sociais), de modo a captar diferentes perspetivas sobre o fenómeno estudado.

Esta opção metodológica encontra fundamento em Flick (2018), que defende a adequação da amostragem por conveniência em estudos qualitativos exploratórios, dada a necessidade de acessibilidade e pertinência dos participantes para o objeto em estudo.

### 3.2. Instrumentos

Antes da aplicação dos instrumentos, os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, tendo sido entregue e assinado o consentimento informado (apêndice B), garantindo a sua participação voluntária e consciente.

A recolha de dados foi realizada através de diferentes instrumentos. Inicialmente, aplicou-se um questionário sociodemográfico (apêndice C), elaborado especificamente para este estudo e validado por uma equipa de peritos da instituição de ensino superior, com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes. Para a avaliação da saúde mental, foram utilizadas duas escalas amplamente reconhecidas: o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (anexo I), que avalia sintomatologia depressiva e se encontra-se validado para a população portuguesa, com boas propriedades psicométricas (Monteiro et al., 2019; Ferreira et al., 2019); e o *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (anexo II), que mede níveis de ansiedade e também apresenta validade confirmada em Portugal (Sousa-Santos et al., 2015).

Para a componente qualitativa, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas (apêndice D), orientadas por um guião previamente definido e igualmente validado por peritos, permitindo explorar em profundidade as perceções dos cuidadores relativamente à sua experiência profissional, à sua saúde mental e ao impacto destas dimensões na qualidade dos cuidados prestados. Segundo Bogdan & Biklen (1994), as entrevistas semiestruturadas permitem captar a perspetiva subjetiva dos participantes, favorecendo a comparabilidade entre respostas e garantindo flexibilidade para explorar dimensões emergentes. Amado (2017) acrescenta que este formato de entrevista é particularmente adequado em



contextos de investigação qualitativa em educação e saúde, porque equilibra estrutura e abertura à voz dos participantes.

Os procedimentos de recolha de dados decorreram na própria instituição, em horários compatíveis com a disponibilidade dos profissionais. Os questionários foram aplicados individualmente e entregues todos juntos para garantir o anonimato e, posteriormente, foram realizadas as entrevistas, em espaço reservado que assegurasse a confidencialidade e privacidade das respostas. Para reduzir potenciais enviesamentos e garantir maior imparcialidade, as entrevistas foram conduzidas por uma investigadora externa à instituição, evitando assim que a relação laboral influenciasse as respostas dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas integralmente para análise.

O guião foi elaborado pela investigadora a partir dos objetivos do estudo e da revisão da literatura pertinente, traduzindo cada objetivo em domínios temáticos. As questões foram redigidas sob a forma de perguntas abertas, claras e neutras, evitando formulações sugestivas. A versão preliminar foi posteriormente submetida à apreciação de uma equipa de peritos da instituição de ensino superior, que analisou a clareza, a relevância e a adequação ética; em resultado, procederam-se a pequenos ajustes de redação e à reorganização da sequência das questões.

### **3.3. Procedimentos**

Numa primeira abordagem, a diretora técnica da instituição divulgou uma nota explicativa numa plataforma digital interna de gestão e comunicação da instituição (utilizada para avisos ao pessoal e mensagens internas), convidando à participação no estudo. Depois, os potenciais participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora, que explicou oralmente os objetivos e procedimentos, esclareceu dúvidas e recolheu o consentimento informado escrito.

Após essa comunicação, a diretora técnica distribuiu o questionário sociodemográfico e as escalas *PHQ-9* e *GAD-7* a todos os participantes. Os instrumentos foram depois devolvidos em conjunto à diretora técnica, garantindo o anonimato das respostas.

As entrevistas foram conduzidas por uma investigadora externa à instituição, precisamente para minimizar enviesamentos associados à relação laboral. Estas decorreram entre os dias 27/08/2025 e 10/09/2025, em horários compatíveis com os turnos das equipas, entre as 14:30h e as 15:30h. As entrevistas tiveram lugar numa sala de reuniões no piso -1 da instituição, um espaço reservado composto por mesa retangular, oito cadeiras e um armário, garantindo privacidade e minimização de interrupções.



Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com o telemóvel (aplicação de gravação padrão do telemóvel) e transcritas com apoio da funcionalidade “Transcrever” do *Microsoft Word*, seguindo-se revisão e correção integral pela investigadora.

Seguiu-se a análise de conteúdo categorial-temática (Bardin, 2011). Um sistema categorial é o conjunto organizado de categorias usadas para classificar unidades de registo (palavras, frases, temas) segundo regras explícitas, garantindo coerência e comparabilidade da análise (Bardin, 2011). Deve obedecer a: exclusão mútua (cada excerto entra numa só categoria), homogeneidade (itens de mesma natureza semântica agrupados), pertinência (ligação direta aos objetivos e ao *corpus*), objetividade e fidelidade (definições operacionais claras, critérios de inclusão/exclusão e exemplos que permitam replicação) e produtividade (capacidade de gerar inferências úteis). Idealmente, procura-se ainda exaustividade (cobrir todo o material relevante). O sistema é estável mas pode ser ajustado de forma controlada ao longo das leituras, desde que as regras sejam atualizadas e aplicadas consistentemente (Bardin, 2011).

Posto isto, as categorias foram definidas antes da leitura detalhada das entrevistas (categorização *a priori*), a partir dos objetivos do estudo, do enquadramento teórico e das questões presentes no guião da entrevista. Depois de transcrever as entrevistas integralmente, as mesmas foram lidas várias vezes e os excertos relevantes foram assinalados e colocados nas categorias/subcategorias, fazendo ajustes quando necessário. Para tornar o processo claro e verificável, foi mantido um guia de códigos com o nome da categoria, definição, regras de inclusão/exclusão e um exemplo ilustrativo (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014). O sistema de categorias respeitou exclusão mútua, homogeneidade, pertinência e objetividade/fidelidade (Bardin, 2011). Os resultados qualitativos foram cruzados com os dados dos questionários (triangulação de métodos) para reforçar a credibilidade do estudo (Denzin & Lincoln, 2018).

Em suma, a integração de dados quantitativos e qualitativos permitiu captar a complexidade do fenómeno, garantindo uma leitura articulada entre a objetividade dos indicadores e a subjetividade das perceções dos cuidadores.

### **3.4. Tarefa descritiva**

Atendendo a que este estudo integra informação sobre o contexto dos participantes, é essencial descrever a instituição e as dinâmicas que a caracterizam.

A instituição onde se desenvolveu o presente estudo localiza-se no concelho de Matosinhos e tem alvará do Instituto da Segurança Social. Configura-se como Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI),



com capacidade para 24 residentes, complementada por Centro de Dia (10 utentes) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (16 utentes), assegurando respostas de carácter temporário ou permanente, conforme as necessidades identificadas.

No que respeita aos recursos humanos, a instituição dispõe de uma equipa técnica composta por Diretora Técnica (Assistente Social), Enfermeira, Educadora Social, Fisioterapeuta e Nutricionista. Ao nível operativo, a resposta é garantida por Ajudantes de Ação Direta (AAD), Encarregada de Serviços Gerais, duas Auxiliares de Serviços Gerais e uma Auxiliar de lavandaria, assegurando cuidados pessoais, funcionais e psicossociais e o suporte às rotinas de limpeza e lavandaria.

A organização do trabalho por turnos das AAD distribui-se em 08:30h–15:30h, 15:30h–22:30h e 22:30h–08:30h, com rotatividade entre dias úteis e fins de semana. As passagens de turno realizam-se diariamente; de segunda a sexta-feira, contam com a presença da Diretora Técnica, Enfermeira e Educadora Social, favorecendo a continuidade de cuidados e a articulação entre equipas. A instituição utiliza ainda uma plataforma digital interna para comunicação e registos operacionais, facilitando a coordenação do trabalho e a circulação de informação entre serviços.

Globalmente, a intervenção centra-se na promoção do bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas, através do planeamento individualizado e da dinamização de atividades significativas ajustadas aos perfis de dependência e preferências dos utentes das diferentes respostas. Para salvaguardar o anonimato institucional, não se apresentam o nome nem outros identificadores específicos da organização.



## 4. Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos através da aplicação dos diferentes instrumentos de recolha de dados utilizados no presente estudo. A exposição dos resultados encontra-se organizada de acordo com a ordem metodológica previamente descrita, iniciando-se pela caracterização sociodemográfica do grupo estudado, seguida da apresentação dos dados referentes às escalas aplicadas e, por fim, dos resultados provenientes das entrevistas semiestruturadas. Para facilitar a compreensão, os dados quantitativos são apresentados em tabelas e figuras, acompanhados de uma descrição, enquanto os dados qualitativos são expostos através da análise temática e ilustrados com excertos das falas dos participantes.

### 4.1. Questionário sociodemográfico

#### 4.1.1. Caracterização dos participantes

Antes de proceder à análise dos resultados deste estudo, torna-se fundamental apresentar a caracterização dos participantes que responderam ao inquérito. Esta descrição permite contextualizar os dados recolhidos, fornecendo uma visão detalhada sobre o perfil sociodemográfico e profissional do grupo estudado.

Assim, o grupo estudado foi constituído por 13 participantes, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 62 anos (Média [M] = 46,2). A maioria era casada ou vivia em união de facto (61,5%), enquanto 23,1% eram solteiras e 15,4% divorciadas/separadas. A maioria das participantes tem filhos (84,6%).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica

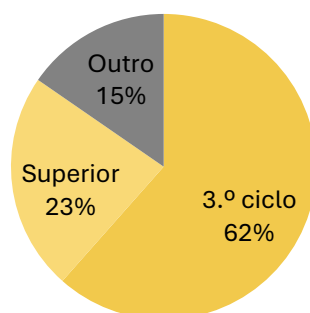
Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	13	100
Masculino	0	0
<b>Estado civil</b>		
Solteira	3	23,1
Casada/União de facto	8	61,5
Divorciada/Separada	2	15,4
Viúva	0	0
<b>Idade</b>		
≤ 39 anos	6	46,1
40-49 anos	2	15,4
≥ 50 anos	5	38,5



Estatísticas descritivas	Min = 31; Máx = 62; M = 46,2	
<b>Escolaridade</b>		
3º ciclo	8	61,5
Ensino Secundário	0	0
Ensino Superior	3	23,1
Outro (2º ciclo/preparatório)	2	15,4
<b>Filhos</b>		
Não	2	15,4
Sim	11	84,6

A Figura 1 apresenta a distribuição dos níveis de escolaridade das participantes. Verifica-se um predomínio do 3.º ciclo (61,5%), coexistindo perfis com ensino superior (23,1%) e outras formações (15,4%), o que denota heterogeneidade de qualificações no grupo estudado.

Figura 1 - Distribuição da escolaridade



#### 4.1.2. Caracterização profissional

O tempo de experiência profissional variou entre 2 e 23 anos ( $M = 13,4$ ). A maioria das participantes possuía experiência anterior em instituições semelhantes (61,5%). O número médio de horas de trabalho semanais situou-se entre 30 e 40 ( $M = 37,4$ ). Todas as participantes tinham vínculo contratual efetivo. Relativamente ao regime de trabalho, 76,9% referiram trabalhar por turnos, e 61,5% indicaram ter tido oportunidade de formação contínua na sua área.

Tabela 3 - Caracterização profissional

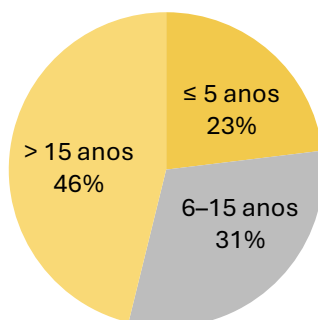
Variável	N	%
<b>Tempo como Ajudante de Ação Direta</b>		
≤ 5 anos	3	23,1
6-15 anos	4	30,8
>15 anos	6	46,1
Estatísticas descritivas	Min = 2; Max = 23; M = 13,4	



Experiência anterior em instituições semelhantes		
Não	5	38,5
Sim	8	61,5
Nº médio de horas semanais		
≤ 35 horas	2	15,4
36–40 horas	11	84,6
Estatísticas descritivas	Min = 30; Máx = 40; M = 37,4	
Vínculo contratual		
Contrato efetivo	13	100
Contrato a termo/prestação de serviços	0	0
Trabalho por turnos		
Não	3	23,1
Sim	10	76,9
Formação contínua na área		
Não	5	38,5
Sim	8	61,5

A Figura 2 descreve o tempo de exercício profissional como AAD, evidenciando experiência acumulada: 46,1% exercem há >15 anos, 30,8% entre 6–15 anos e 23,1% há ≤5 anos (M=13,4 anos), fator com potencial influência nas práticas de cuidado e nas percepções do trabalho.

Figura 2 – Tempo como Ajudante de Ação Direta



#### 4.1.3. Condições de trabalho e carga laboral

Relativamente ao tipo de cuidados prestados, a maioria das participantes (76,9%) exercia funções exclusivamente em contexto interno, enquanto 23,1% acumulavam também funções no exterior. Nenhuma das participantes exercia funções exclusivamente no exterior.

No que se refere à percepção da carga de trabalho, 46,1% consideraram-na exigente e 38,5% muito exigente, sendo que apenas 15,4% a classificaram como moderada. Quanto às faltas ao trabalho nos



últimos 12 meses, 30,8% das participantes referiram nunca ter faltado, 38,5% raramente e 30,8% algumas vezes. Quase metade da amostra (46,2%) referiu já ter pensado em deixar a instituição, embora apenas 7,7% tenham considerado abandonar a profissão.

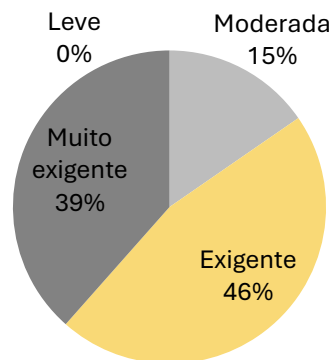
Tabela 4 - Condições de trabalho e percepção da carga laboral

Variável	N	%
<b>Tipo de cuidados prestados</b>		
Internos na instituição	10	76,9
Domiciliários	0	0
Ambos	3	23,1
<b>Percepção da carga de trabalho</b>		
Leve	0	0
Moderada	2	15,4
Exigente	6	46,1
Muito exigente	5	38,5
<b>Faltas ao trabalho nos últimos 12 meses</b>		
Nunca	4	30,8
Raramente	5	38,5
Algumas vezes	4	30,8
Frequentemente	0	0
<b>Pensou em deixar a instituição</b>		
Não	7	53,8
Sim	6	46,2
<b>Pensou em deixar a profissão</b>		
Não	12	92,3
Sim	1	7,7
<b>Formação contínua na área</b>		
Não	5	38,5
Sim	8	61,5

A Figura 3 mostra que a carga de trabalho é percecionada como elevada: 84,6% classificam-na como exigente/muito exigente, enquanto 15,4% a consideram moderada; não se registam perceções de carga leve, reforçando a intensificação das exigências no quotidiano laboral.

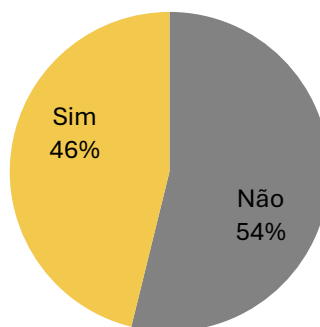


Figura 3 – Perceção da carga de trabalho



A Figura 4 indica que 46,2% referiram já ter pensado deixar a instituição, face a 53,8% que não o fizeram, sinalizando pressões organizacionais suscetíveis de afetar a retenção e a continuidade do cuidado.

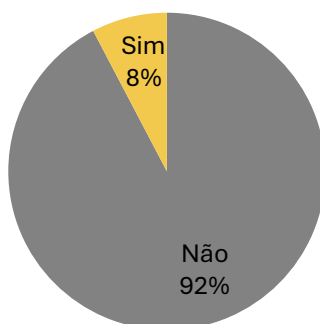
Figura 4 – Pensou em deixar a instituição



Em contraste, a Figura 5 revela baixa intenção de abandonar a profissão (7,7%), face a 92,3% que não ponderaram essa possibilidade, sugerindo forte compromisso com o papel profissional, ainda que com reservas face ao contexto institucional.



Figura 5 – Pensou em deixar a profissão



A descrição precedente consolidou os elementos essenciais do contexto organizacional e do modo de funcionamento das equipas, permitindo situar as experiências das participantes. Segue-se, assim, a focalização nas condições de saúde e bem-estar, em continuidade com a análise desenvolvida.

#### 4.1.4. Condições de saúde e bem-estar

Mais de metade das participantes (61,5%) apresentou pelo menos uma condição de saúde diagnosticada, sendo frequentes o hipotireoidismo, a depressão, a diabetes e doenças autoimunes. A maioria das participantes referiu tomar medicação regularmente (61,5%). Em termos de energia no trabalho, predominou a perceção de nível moderado (84,6%). Apenas 38,5% referiram participar em atividades de autocuidado ou lazer.

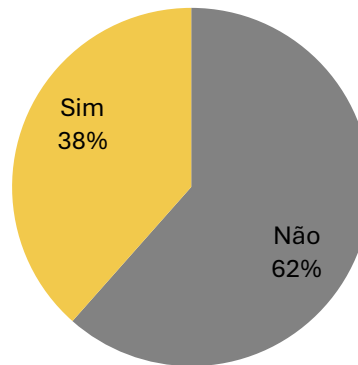
Tabela 5 – Condições de saúde e bem-estar

Variável	N	%
<b>Condição de saúde diagnosticada</b>		
Não	5	38,5
Sim	8	61,5
<b>Medicação habitual</b>		
Não toma	4	30,8
Toma	9	61,5
<b>Nível de energia no trabalho</b>		
Alto	2	15,4
Moderado	11	84,6
Baixo	0	0
<b>Participa em atividades de autocuidado/lazer</b>		
Não	8	61,5
Sim	5	38,5



A Figura 6 evidencia baixa participação em atividades de autocuidado/lazer (38,5%), com 61,5% a referirem não participar, o que pode limitar recursos pessoais de regulação e merece leitura articulada com os indicadores de saúde mental apresentados.

Figura 6 – Participação em atividades de lazer



A análise anterior sintetizou indicadores relevantes de saúde e bem-estar, oferecendo um primeiro nível de compreensão do grupo. Para reforçar a consistência da análise, procede-se agora à exposição das escalas utilizadas, mantendo a lógica incremental do capítulo.

## 4.2. Escalas aplicadas

### 4.2.1. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

A *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* é um instrumento de rastreio da sintomatologia depressiva, composto por 9 itens que avaliam a frequência de sintomas depressivos nas últimas duas semanas. Cada item é pontuado numa escala de 0 a 3, correspondendo a: 0 = Nunca, 1 = Vários dias, 2 = Mais de metade dos dias e 3 = Quase todos os dias.

A pontuação total varia entre 0 e 27 pontos, sendo interpretada de acordo com os seguintes níveis de gravidade:

- 0–4: Mínima ou ausente
- 5–9: Ligeira
- 10–14: Moderada
- 15–19: Moderadamente grave
- 20–27: Grave



No presente estudo, todas as participantes preencheram a escala. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Resultados da PHQ-9

Item	0 – Nunca N (%)	1 – Vários dias N (%)	2 – Mais de metade dos dias N (%)	3 – Quase todos os dias N (%)
1 - Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	8 (61,5)	3 (23,1)	0 (0)	2 (15,4)
2 - Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.	9 (69,2)	2 (15,4)	1 (7,7)	1 (7,7)
3 -Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.	8 (61,5)	2 (15,4)	2 (15,4)	1 (7,7)
4 - Senti cansaço ou falta de energia.	8 (61,5)	2 (15,4)	2 (15,4)	1 (7,7)
5 - Tive falta ou excesso de apetite.	10 (76,9)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)
6 - Senti que não gosto de mim próprio/a – ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.	11 (84,6)	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0)
7 - Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver a televisão.	11 (84,6)	1 (7,7)	1 (7,7)	0 (0)
8 - Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.	10 (76,9)	2 (15,4)	1 (7,7)	0 (0)
9 - Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.	12 (92,3)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)

Após a análise das respostas item a item, procedeu-se ao cálculo da pontuação total da PHQ-9 para cada participante. A Tabela 7 apresenta a distribuição dos indivíduos de acordo com os níveis de gravidade da sintomatologia depressiva, considerando as categorias definidas pelo instrumento.

Tabela 7 – Classificação global da PHQ-9

Categoria	N	%
Mínima (0-4)	10	76,9
Ligeira (5-9)	0	0
Moderada (10-14)	1	7,7
Moderadamente grave (15-19)	2	15,4
Grave (20-27)	0	0



Verifica-se que a maioria das participantes (76,9%) apresentou níveis mínimos ou ausentes de sintomatologia depressiva. Apenas 23,1% das participantes revelaram resultados clínicos relevantes, distribuídos entre sintomatologia moderada (7,7%) e moderadamente grave (15,4%). Nenhuma das participantes atingiu a categoria de depressão grave. Estes resultados sugerem, globalmente, baixos níveis de depressão no grupo estudado, ainda que uma parte das profissionais manifeste sinais de sofrimento psicológico que podem comprometer o seu bem-estar.

#### 4.2.2. *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)*

A *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)* é um instrumento de rastreio da sintomatologia ansiosa, composto por 7 itens que avaliam a frequência de sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Cada item é pontuado numa escala de 0 a 3, correspondendo a: 0 = Nunca, 1 = Vários dias, 2 = Mais de metade dos dias e 3 = Quase todos os dias.

A pontuação total varia entre 0 e 21 pontos, sendo interpretada de acordo com os seguintes níveis de gravidade:

- 0–4: Mínima ou ausente
- 5–9: Ligeira
- 10–14: Moderada
- 15–21: Grave

No presente estudo, todas as participantes preencheram a escala. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Resultados da GAD-7

Item	0 – Nunca N (%)	1 – Vários dias N (%)	2 – Mais de metade dos dias N (%)	3 – Quase todos os dias N (%)
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a.	2 (15,4)	5 (38,5)	4 (30,8)	2 (15,4)
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações.	3 (23,1)	4 (30,8)	3 (23,1)	3 (23,1)
3. Preocupe-me demais com diferentes assuntos.	2 (15,4)	4 (30,8)	3 (23,1)	4 (30,8)
4 – Tive dificuldade em relaxar.	2 (15,4)	3 (23,1)	3 (23,1)	5 (38,5)
5 – Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a.	3 (23,1)	3 (23,1)	3 (23,1)	4 (30,8)



6 – Estive facilmente incomodado/a ou irritável.	3 (23,1)	4 (30,8)	4 (30,8)	2 (15,4)
7 – Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer.	6 (46,2)	3 (23,1)	2 (15,4)	2 (15,4)

Após a análise das respostas item a item, procedeu-se ao cálculo da pontuação total da GAD-7 para cada participante. A Tabela 9 apresenta a distribuição dos indivíduos de acordo com os níveis de gravidade da sintomatologia ansiosa, considerando as categorias definidas pelo instrumento.

Tabela 9 – Classificação global da GAD-7

Categoria	N	%
Mínima (0-4)	2	15,4
Ligeira (5-9)	5	38,5
Moderada (10-14)	3	23,1
Grave (15-21)	3	23,1

Verifica-se que 46,2% das participantes apresentaram níveis clinicamente relevantes de ansiedade (moderada ou grave), sendo que 23,1% se situaram na categoria moderada e outros 23,1% na categoria grave. A média da pontuação obtida na amostra foi de 9,54 pontos, o que corresponde, em termos globais, a níveis ligeiros de ansiedade. Contudo, a variabilidade dos resultados revela a existência de um subgrupo de participantes com sintomatologia ansiosa significativa, o que pode ter implicações relevantes no seu bem-estar e desempenho profissional.

### 4.3. Entrevistas

As oito entrevistas realizadas a AAD revelam um quadro multifacetado da prática diária de cuidados, onde se articulam trajetórias profissionais heterogéneas, exigências físicas e psicológicas, estratégias individuais de regulação emocional e constrangimentos organizacionais que condicionam a qualidade do cuidado. As participantes integram contextos de ERPI, Centro de Dia e SAD, com experiência variando de menos de um ano a mais de duas décadas, o que conferiu diversidade de perspetivas sobre a profissão e sobre o impacto do seu bem-estar na prestação de cuidados. A análise de conteúdo originou sete categorias nucleares e respetivas subcategorias, apresentadas e discutidas em seguida com excertos ilustrativos. Assim sendo, neste estudo definiram-se as seguintes categorias:

- Categoria I – Percurso profissional e motivações
- Categoria II – Rotina e tarefas de cuidado
- Categoria III – Desafios e sobrecarga



- Categoria IV – Impacto na saúde física e mental
- Categoria V – Estratégias de *coping* e autorregulação
- Categoria VI – Satisfação e reconhecimento
- Categoria VII – Condições organizacionais e necessidades de mudança

### **Categoria I – Percurso profissional e motivações**

A análise evidencia que o percurso de entrada na profissão das AAD é marcado por trajetórias diversas, muitas delas iniciadas no cuidado informal/familiar, onde a experiência prévia desperta “vocação” e sentido de missão – uma motivação amplamente reconhecida na literatura (Grant, 2007) e coerente com a ética do cuidado enquanto disposição relacional para responder às necessidades do outro (Tronto, 1993). Observa-se também uma entrada não planeada que, com a prática, se transforma em identificação profissional, reforçando o papel dos valores pessoais (respeito, dignidade) na escolha e permanência na função (Pereira & Marques, 2014).

Com efeito, uma parte significativa das participantes iniciou o contacto com o cuidado através de experiências pessoais, sobretudo no contexto familiar, que despertaram a vocação e o sentido de missão. Uma entrevistada referiu: *“Eu cuidei de duas avós: uma com Alzheimer durante três anos e outra que teve um AVC”* (E1), ilustrando como a vivência próxima com familiares dependentes funcionou como catalisador para a escolha profissional. Outras participantes destacaram a predisposição pessoal para cuidar, associada a valores de compaixão e altruísmo, como demonstra a afirmação: *“De cuidar dos outros... sempre foi uma área que me cativou”* (E2).

Verificou-se também que, em alguns casos, a entrada na profissão ocorreu de forma contingente, sem planeamento prévio, mas foi acompanhada de uma progressiva identificação com o papel profissional. Tal é ilustrado na declaração: *“Entrei sem nunca ter pensado nisso antes, mas acabei por ganhar gosto pela área”* (E3). Esta adaptação ao longo da experiência revela a capacidade de resignificar o trabalho, transformando uma escolha inicial circunstancial numa opção profissional duradoura.

Para além disso, emergem discursos que refletem a centralidade da dimensão humanizadora no exercício do cuidado, em que as participantes associam a sua prática a um prolongamento de valores pessoais. Uma entrevistada sublinha: *“É assim, eu não a escolhi. Eu acho que ganhei gosto depois de a experimentar... Aprendi a gostar”* (E7), enquanto outra acrescenta: *“...eu considero-me uma pessoa humana... quando eu estou a tratar uma utente aqui, é como se fosse a minha mãe”* (E8). Estas narrativas



evidenciam que a motivação das AAD vai além da vertente profissional e se ancora num compromisso relacional e ético com a pessoa idosa, frequentemente sustentado por valores de respeito, amor e dignidade.

Deste modo, o percurso profissional das AAD revela-se heterogéneo, mas invariavelmente atravessado pela valorização da experiência de cuidado e pela construção de um sentido de missão. Estas dimensões funcionam como motores de permanência na função e constituem importantes fatores de resiliência perante as exigências e adversidades do contexto laboral.

## Categoria II – Rotina e tarefas de cuidado

As rotinas das AAD são descritas como intensas, contínuas e pouco flexíveis, exigindo uma organização sequencial de tarefas (higiene, alimentação, posicionamentos, preparação e administração/gestão de medicação, entre outros apoios instrumentais). Uma participante sintetiza: *“Chego, fazemos a passagem de turno... damos os lanches... começamos as higiènes... preparamos as medicações e damos o jantar. É sempre a andar, sempre”* (E1), revelando o ritmo acelerado e a ausência de pausas no decurso do turno. Esta lógica de processos encadeados articula-se com a perspetiva estrutura–processo–resultado da qualidade em saúde, que enfatiza a necessidade de coordenação entre equipas e boas passagens de turno para salvaguardar a continuidade e a segurança do cuidado (Donabedian, 1988). Em paralelo, a literatura sobre cuidados centrados na pessoa em contextos residenciais descreve precisamente esta tensão entre rotinas necessárias e a adaptação às necessidades individuais dos utentes, requerendo organização fina do trabalho e comunicação eficaz entre serviços/respostas (Backhaus et al., 2020).

Para além das exigências comuns a todos os contextos, emergem especificidades associadas às diferentes respostas sociais. No SAD, o cuidado é atravessado por desafios logísticos, como a necessidade de deslocações e a gestão da distribuição alimentar. Tal como refere uma entrevistada: *“No SAD faço higiènes, banho, hidratação da pele; nas refeições limito-me a entregar”* (E2), sublinhando que, neste contexto, o foco recai sobre intervenções pontuais e de curta duração, que requerem uma gestão eficaz do tempo e das deslocações. Já nas ERPI, a carga de cuidados concentra-se na execução intensiva de tarefas diretas, associada à elevada dependência dos residentes e à necessidade de coordenação entre equipas. Uma participante descreve: *“Chegamos... a coordenadora define tarefas – banhos, pequeno-almoço... tirar o utente do leito, higiene... para vir para a sala”* (E6), evidenciando o carácter sistematizado e coletivo do trabalho neste contexto.



Estas narrativas mostram que, independentemente da resposta social, o quotidiano das AAD é marcado por exigências constantes, onde a gestão do tempo e a articulação das tarefas são cruciais para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado. A intensidade e a repetição das rotinas, associadas à falta de margem para pausas, reforçam a perceção de desgaste físico e emocional, enquanto evidenciam a centralidade das AAD no funcionamento das instituições e serviços de apoio à pessoa idosa.

### **Categoria III – Desafios e sobrecarga**

As AAD identificam a sobrecarga como um dos aspetos mais marcantes da sua prática profissional, manifestando-se em duas dimensões centrais: física e psicológica. Fisicamente, a mobilização frequente, a dependência elevada e a insuficiência de ajudas técnicas associam-se a queixas músculo-esqueléticas e risco ocupacional (Costa & Vieira, 2010). Uma das participantes sintetiza esta realidade ao referir que *“a carga física é muito pesada... os utentes estão cada vez mais dependentes e não há maquinaria suficiente”* (E3). A limitação de equipamentos adequados agrava o esforço exigido, contribuindo para o desgaste corporal e aumentando o risco de problemas de saúde ocupacional. Psicologicamente, ritmos elevados, conflitos e imprevisibilidade aumentam as exigências; quando recursos (pessoal, equipamentos, tempo) são escassos, o equilíbrio esforço–recursos rompe-se, como prevê o Modelo Demanda–Recursos de Trabalho (Bakker & Demerouti, 2007).

No plano psicológico, a pressão é intensificada pela necessidade de gerir conflitos interpessoais, tanto entre os próprios utentes como entre colegas, situações que requerem elevado controlo emocional. Como salientou uma entrevistada, *“o maior desafio é quando há conflitos entre eles... é preciso manter a calma”* (E1), evidenciando a exigência de competências relacionais para garantir a harmonia no ambiente de trabalho.

Outro elemento que acentua esta sobrecarga prende-se com a imprevisibilidade dos turnos e a falta de recursos humanos. A ausência de uma colega, por exemplo, compromete significativamente a organização diária: *“Basta faltar uma colega... altera toda a logística. O turno fica muito mais puxado”* (E6). Este testemunho ilustra como a escassez de profissionais repercute diretamente na intensidade do trabalho, exigindo das presentes maior flexibilidade e resiliência.

Em termos globais, as participantes descrevem a sua atividade como simultaneamente agressiva no plano físico e psicológico, conforme reforçado pela afirmação: *“É puxado. Muito. É agressivo psicologicamente e fisicamente”* (E7). Estes relatos confirmam que a sobrecarga é percecionada como



uma condição estrutural do exercício profissional das AAD, cuja persistência pode comprometer não só a saúde das trabalhadoras, mas também a qualidade dos cuidados prestados.

#### **Categoria IV – Impacto na saúde física e mental**

O impacto da atividade profissional na saúde das AAD é amplamente reconhecido pelas participantes, traduzindo-se em manifestações físicas e psicológicas significativas. Estes problemas alinham-se com evidência sobre efeitos do trabalho fisicamente exigente em profissões de cuidado direto (Costa & Vieira, 2010). No plano físico, relatam-se problemas osteoarticulares, tendinites e fadiga persistente, resultantes da intensidade das tarefas e da exigência constante de esforço corporal. Uma entrevistada partilhou: *“A nível físico já me afetou os ombros, tive de fazer fisioterapia”* (E1), evidenciando a relação direta entre a sobrecarga laboral e o desenvolvimento de condições clínicas. Outro testemunho acrescenta: *“...tenho uma perna mais curta... com o mau tempo fico com dores”* (E5), sublinhando como fragilidades pré-existentes podem ser exacerbadas pelo contexto de trabalho.

No domínio psicológico, sobressaem o cansaço emocional e o *stress*, frequentemente associados à exigência de manter ritmos elevados e lidar com imprevistos. Assim, a habituação e a experiência podem amortecer esse impacto, mas o risco de exaustão permanece documentado na literatura sobre *burnout* em contextos de cuidados (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Contudo, algumas participantes referem que a experiência acumulada e perfis pessoais mais serenos funcionam como atenuantes desse impacto. Como afirma uma cuidadora: *“Ao início afetava mais... agora já é rotina”* (E2), revelando que a habituação ao contexto permite desenvolver uma maior tolerância ao desgaste.

Também emergem estratégias de fronteira entre vida profissional e pessoal, que procuram preservar a qualidade do cuidado e reduzir a vulnerabilidade emocional. Uma entrevistada descreveu de forma clara esta divisão: *“Fisicamente... a natação ajuda muito... no trabalho estou no trabalho, em casa estou com a família. Organizo a mente como se fosse prateleiras”* (E4). Este testemunho demonstra o esforço ativo em manter um equilíbrio entre as exigências do trabalho e a vida pessoal, através de atividades de autocuidado e de uma clara delimitação de papéis.

Assim, verifica-se que os efeitos da profissão na saúde física e mental das AAD são inegáveis, mas que, em paralelo, existem mecanismos de adaptação e resiliência que permitem atenuar parte das consequências negativas. A conjugação entre desgaste e estratégias de *coping* reflete a complexidade



de um quotidiano que simultaneamente fragiliza e desafia as profissionais a encontrar formas de proteção individual.

### **Categoria V – Estratégias de *coping* e autorregulação**

Perante as exigências físicas e emocionais do trabalho, as AAD recorrem a diferentes estratégias de *coping* e autorregulação que funcionam como fatores protetores, permitindo-lhes sustentar a continuidade do cuidado. A regulação emocional pela calma e pela experiência surge como uma das mais referidas, como exemplifica uma participante: *“Eu digo às colegas: calma, temos até às 22h30, sem stress”* (E1). Este discurso revela a capacidade de relativizar a pressão do tempo, valorizando a gestão tranquila como forma de reduzir a ansiedade coletiva.

O sentido de missão e a espiritualidade também desempenham um papel central no enfrentamento das dificuldades, funcionando como recursos internos que reforçam a motivação. Para algumas entrevistadas, a fé surge como pilar essencial no equilíbrio emocional, como atesta a declaração: *“Manter a calma e pedir ajuda ao Criador. Estou sempre a orar”* (E8). De forma semelhante, outra cuidadora sublinha: *“Acredito em Deus e vejo o meu trabalho como uma missão... Se preciso, saio um momento, vou à casa de banho, respiro e volto”* (E6), evidenciando como a espiritualidade e pequenas pausas intencionais contribuem para recarregar energias e recentrar-se no trabalho.

A experiência acumulada ao longo dos anos também é apontada como um recurso regulador, permitindo maior ponderação e autocontrolo perante situações de *stress*. Uma entrevistada reflete: *“No início era mais impulsiva, hoje penso melhor... muitas vezes o melhor é ficar calada, ignorar e, se necessário, reportar à direção”* (E6), revelando um processo de maturação profissional que transforma reações impulsivas em respostas mais estratégicas.

Por fim, o lazer e a atividade física são referidos como mecanismos externos de descarga emocional, essenciais para preservar o equilíbrio. Como destacou uma participante: *“...vou dar uma volta antes de ir para casa ou vou ao ginásio – é lá que descarrego”* (E5), sublinhando a importância de encontrar espaços fora do trabalho que permitam libertar tensões acumuladas.

As estratégias citadas – regulação da calma, pausas intencionais, atividade física/lazer – refletem *coping* focado na emoção e no problema, tal como proposto pela teoria transacional do stress (Lazarus & Folkman, 1984). A espiritualidade aparece como recurso de significado e proteção, reconhecido como forma de *coping* religioso/espiritual em contexto de adversidade (Pargament, 1997).



Assim, observa-se que as AAD desenvolvem um conjunto diversificado de estratégias que combinam recursos pessoais, espirituais e comportamentais, permitindo mitigar os efeitos do *stress* ocupacional. Estas práticas não apenas protegem a sua saúde mental, como também asseguram a qualidade e a continuidade do cuidado, mesmo em contextos de elevada exigência.

### **Categoria VI – Satisfação e reconhecimento**

As AAD descrevem a satisfação sobretudo a partir da relação com utentes e famílias e do reconhecimento quotidiano – *“O carinho dos utentes. O agradecimento, o sorriso, o toque, o beijo... isso para nós é tudo”* (E1). Estes sinais devolvem sentido ao trabalho e reforçam autonomia, competência e relação, necessidades psicológicas básicas que sustentam a motivação intrínseca (Deci & Ryan, 2000). Em termos organizacionais, funcionam como recursos de trabalho – apoio social, *feedback* e reconhecimento – que favorecem o envolvimento e atenuam o impacto das exigências, contribuindo para a continuidade e qualidade do cuidado (Bakker & Demerouti, 2007).

No contexto do SAD a continuidade da presença da mesma cuidadora reforça a construção de vínculos de confiança. Como sublinha uma entrevistada, *“Criou-se uma relação de confiança. No geral, sinto que fazemos a diferença... É esse cuidado diário que faz a diferença”* (E2). Este testemunho demonstra que a perceção de impacto positivo no quotidiano dos utentes se traduz numa fonte de motivação e significado para as profissionais.

Também a valorização por parte das famílias é descrita como um fator de gratificação, que valida o esforço e reforça o sentimento de utilidade. Uma cuidadora recorda: *“Foi muito gratificante ver a mudança... quando os familiares notaram e elogiaram”* (E4), revelando como o reconhecimento externo legitima a dedicação investida no cuidado.

Mesmo perante contextos de elevada exigência, as AAD referem a capacidade de encontrar satisfação no ato de cuidar, numa espécie de resiliência afetiva que lhes permite transformar adversidades em motivação. Tal é expresso por uma participante ao afirmar: *“Entro com um sorriso e saio com um sorriso, mesmo nos dias mais difíceis”* (E5).

Deste modo, a satisfação profissional das AAD está intrinsecamente ligada ao reconhecimento interpessoal e à qualidade das relações estabelecidas, funcionando como um contrapeso às exigências e desgastes do trabalho. Mais do que recompensas materiais, são os vínculos afetivos e a perceção de fazer a diferença que alimentam a permanência e o envolvimento destas profissionais.



## Categoria VII – Condições organizacionais e necessidades de mudança

As participantes identificam diversas fragilidades organizacionais que afetam diretamente o bem-estar profissional e a qualidade dos cuidados prestados, apontando igualmente sugestões de melhoria. As participantes pedem tempo relacional, ajudas técnicas adequadas, comunicação eficaz nas passagens de turno e estabilidade das equipas. Estes elementos configuram recursos organizacionais que, quando presentes, favorecem qualidade e bem-estar (Backhaus et al., 2020); quando ausentes, amplificam as exigências e o desgaste – precisamente o que o Modelo Demanda–Recursos antecipa (Bakker & Demerouti, 2007). Como sintetiza uma entrevistada: *“Gostava de ter mais apoio e mais tempo para estar com eles”* (E1), evidenciando que a ausência de disponibilidade para interações significativas compromete a dimensão humanizadora do cuidado.

Outra preocupação recai sobre a adequação dos equipamentos de mobilização. A insuficiência ou ineficácia de recursos técnicos agrava o esforço físico exigido às AAD e aumenta o risco de lesões, como reflete o testemunho: *“Mais máquinas para ajudar a levantar os utentes... a ‘cegonha’ não é prática”* (E3). Esta limitação traduz-se em desgaste adicional e reforça a perceção das entrevistadas acerca da falta de investimento institucional em condições de trabalho seguras.

A organização e a comunicação inter–equipas são igualmente referidas como áreas críticas. Uma das participantes salientou: *“Mais organização na passagem de turno, principalmente entre quem está no SAD e quem está no lar”* (E4), revelando que falhas no fluxo de informação podem gerar sobrecarga, duplicação de tarefas ou lacunas na continuidade do cuidado.

O clima relacional dentro da instituição surge também como fator determinante. Enquanto algumas entrevistadas destacam o desgaste associado a conflitos em contexto residencial – *“...no domicílio, estou satisfeita. O que me desgastava era mesmo estar cá dentro... havia mais conflitos”* (E2) – outras reforçam a importância de um ambiente colaborativo: *“Bom ambiente de trabalho e bons recursos. Isso faz toda a diferença”* (E7). Estes relatos demonstram que a qualidade das relações profissionais tem um peso significativo na experiência subjetiva das AAD e influencia diretamente a forma como vivenciam o trabalho.

Em síntese, as condições organizacionais são percecionadas como fatores estruturantes que tanto podem amplificar o desgaste, quando marcadas por carências e conflitos, como favorecer a motivação e a qualidade do cuidado, quando alicerçadas em recursos adequados, comunicação eficaz e ambiente



colaborativo. As propostas das participantes revelam, assim, um apelo à implementação de mudanças que garantam não apenas a eficiência institucional, mas também a dignidade e sustentabilidade da prática profissional.

Os discursos mostram que a qualidade dos cuidados resulta do equilíbrio entre recursos pessoais (calma, experiência, valores humanizadores, espiritualidade), condições organizacionais (equipamentos, comunicação, estabilidade das equipas) e complexidade clínica/familiar dos utentes. Quando este equilíbrio falha (por exemplo, falta de equipamentos/tempo, tensão de equipa), surgem marcadores de desgaste com potencial impacto no cuidado; quando existe apoio organizacional e tempo relacional, a prestação é percebida como mais segura, digna e humanizada.

Para facilitar a leitura transversal dos resultados, a tabela 10 organiza, de forma sinótica, as categorias identificadas, as respetivas subcategorias e os excertos que as sustentam, permitindo mapear diretamente as dimensões analíticas nas evidências empíricas. Os exemplos foram selecionados pela sua representatividade e pela capacidade de evidenciar nuances e variação entre contextos (ERPI, Centro de Dia e SAD). A ordem das categorias segue a lógica analítica do estudo (e não uma hierarquia de importância) e a tabela deve ser lida em articulação com o texto descritivo anterior, não pretendendo exaustividade, mas antes transparência e auditabilidade do processo de categorização.

Tabela 10 - Categorização das entrevistas

Categoria	Subcategorias	Exemplos
Percurso profissional e motivações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado informal</li> <li>- Via formativa</li> <li>- Ingresso contingente</li> </ul>	<p><i>"Eu cuidei de duas avós: uma com Alzheimer durante três anos e outra que teve um AVC. (E1);</i></p> <p><i>"De cuidar dos outros... sempre foi uma área que me cativou." (E2);</i></p> <p><i>"Entrei sem nunca ter pensado nisso antes, mas acabei por ganhar gosto pela área." (E3).</i></p> <p><i>"É assim, eu não a escolhi. Eu acho que ganhei gosto depois de a experimentar... Aprendi a gostar. (E7);</i></p> <p><i>"...eu considero-me uma pessoa humana... quando eu estou a tratar uma utente aqui, é como se fosse a minha mãe" (E8)</i></p>
Rotina e tarefas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Posicionamentos</li> <li>- Medicação</li> <li>- Turnos</li> <li>- Logística do SAD</li> </ul>	<p><i>"Chego, fazemos a passagem de turno... damos os lanches... começamos as higiènes... preparamos as medicações e damos o jantar. É sempre a andar, sempre." (E1);</i></p> <p><i>"No SAD faço higiènes, banho, hidratação da pele; nas refeições limito-me a entregar." (E2);</i></p>



		<i>"Chegamos... a coordenadora define tarefas – banhos, pequeno-almoço... tirar o utente do leito, higiene... para vir para a sala." (E6).</i>
Desafios e sobrecarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga física (nível de dependência, mobilização)</li> <li>- Pressão psicológica</li> <li>- Conflitos</li> </ul>	<p><i>"O maior desafio é quando há conflitos entre eles... é preciso manter a calma." (E1);</i></p> <p><i>"A carga física é muito pesada... os utentes estão cada vez mais dependentes e não há maquinaria suficiente." (E3);</i></p> <p><i>"Basta faltar uma colega... altera toda a logística. O turno fica muito mais puxado." (E6)</i></p> <p><i>"É puxado. Muito. É agressivo psicologicamente e fisicamente." (E7).</i></p>
Impacto na saúde física e mental	<p>Dores/tendinites/fadiga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cansaço emocional</li> <li>- Adaptação</li> <li>- Fronteiras trabalho-casa</li> </ul>	<p><i>"A nível físico já me afetou os ombros, tive de fazer fisioterapia." (E1);</i></p> <p><i>"Ao início afetava mais... agora já é rotina." (E2);</i></p> <p><i>"Fisicamente... a natação ajuda muito... no trabalho estou no trabalho, em casa estou com a família. Organizo a mente como se fosse prateleiras."(E4);</i></p> <p><i>"...tenho uma perna mais curta... com o mau tempo fico com dores." (E5).</i></p>
Estratégias de coping e autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calma/experiência</li> <li>- Espiritualidade</li> <li>- Sentido de missão</li> <li>- Pausas/respiração</li> <li>- Lazer</li> <li>- Reportar situações a superiores</li> </ul>	<p><i>"Eu digo às colegas: calma, temos até às 22h30, sem stress." (E1);</i></p> <p><i>"...vou dar uma volta antes de ir para casa ou vou ao ginásio – é lá que descarrego."(E5).</i></p> <p><i>"Acredito em Deus e vejo o meu trabalho como uma missão... Se preciso, saio um momento, vou à casa de banho, respiro e volto." (E6);</i></p> <p><i>"No início era mais impulsiva, hoje penso melhor... muitas vezes o melhor é ficar calada, ignorar e, se necessário, reportar à direção." (E6);</i></p> <p><i>"Manter a calma e pedir ajuda ao Criador. Estou sempre a orar." (E8);</i></p>
Satisfação e reconhecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proximidade</li> <li>- Reconhecimento (dos utentes e das famílias)</li> <li>- Confiança</li> </ul>	<p><i>"O carinho dos utentes. O agradecimento, o sorriso, o toque, o beijo... isso para nós é tudo." (E1);</i></p> <p><i>"Criou-se uma relação de confiança. No geral, sinto que fazemos a diferença... É esse cuidado diário que faz a diferença." (E2);</i></p> <p><i>"Foi muito gratificante ver a mudança... quando os familiares notaram e elogiaram." (E4);</i></p> <p><i>"Entro com um sorriso e saio com um sorriso, mesmo nos dias mais difíceis." (E5).</i></p>
Condições organizacionais e necessidades de mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamentos de mobilização</li> <li>- Organização</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Tempo relacional</li> <li>- Clima/estabilidade</li> </ul>	<p><i>"Gostava de ter mais apoio e mais tempo para estar com eles." (E1);</i></p> <p><i>"...no domicílio, estou satisfeita. O que me desgastava era mesmo estar cá dentro... havia mais conflitos." (E2).</i></p> <p><i>"Mais máquinas para ajudar a levantar os utentes... a 'cegonha' não é prática." (E3);</i></p>



		<p><i>“Mais organização na passagem de turno, principalmente entre quem está no SAD e quem está no lar.” (E4);</i></p> <p><i>“Bom ambiente de trabalho e bons recursos. Isso faz toda a diferença.” (E7).</i></p>
--	--	---



## 5. Discussão

Esta discussão interpreta os resultados à luz de três referenciais do enquadramento teórico e dos dados obtidos neste estudo: no JD-R, a combinação entre exigências elevadas (ritmos, interrupções, simultaneidade de tarefas) e recursos organizacionais insuficientes explica a expressão de ansiedade observada (Bakker & Demerouti, 2007); no esquema estrutura–processo–resultado de Donabedian, variáveis de estrutura – como rácio de pessoal e disponibilidade de ajudas técnicas – mostraram impacto direto em processos (passagens de turno com informação relevante, planos individualizados) e, por consequência, em resultados (experiência e segurança) (Donabedian, 1988); por fim, no paradigma dos cuidados centrados na pessoa, o tempo relacional surge, nos depoimentos, como mecanismo que traduz recursos organizacionais em práticas personalizadas (Backhaus et al., 2020).

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam um cenário que se enquadra de forma clara nas teorias contemporâneas sobre saúde ocupacional (Bakker & Demerouti, 2007) e qualidade dos cuidados em contextos de longa duração (Donabedian, 1988). A análise quantitativa revelou que a maioria das participantes apresentou níveis mínimos ou ausentes de sintomatologia depressiva (76,9%), embora 23,1% tenham registado valores clinicamente relevantes de depressão, distribuídos entre níveis moderados e moderadamente graves. Estes resultados, embora sugiram globalmente uma baixa prevalência de depressão, não devem ser desvalorizados, já que indicam a presença de sofrimento psicológico significativo em parte do grupo estudado (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

De forma contrastante, a ansiedade demonstrou maior expressão: 46,2% das participantes apresentaram níveis clinicamente relevantes de ansiedade (23,1% moderada; 23,1% grave). A discrepância entre ansiedade e depressão é coerente com o modelo Job Demands–Resources (JD-R), que sustenta que quando as exigências do trabalho – físicas, emocionais e organizacionais – se sobrepõem aos recursos disponíveis, o resultado mais imediato tende a manifestar-se em níveis elevados de stress e ansiedade, sendo a depressão uma consequência mais frequentemente associada a processos de desgaste crónico (Bakker & Demerouti, 2007; Maslach et al., 2001).

À luz do JD-R, a percentagem de 46,2% com ansiedade moderada ou grave na GAD-7 é compatível com um desajuste exigências–recursos no contexto: exigências–obstáculo (interrupções, tarefas redundantes, imprevisibilidade) parecem superar recursos (rácio estável, equipamentos funcionais, supervisão de proximidade, comunicação interturnos). Operacionalmente, isto explica a hiperativação reportada e orienta intervenções: reduzir exigências–obstáculo (por exemplo, reorganizar fluxos para



minimizar interrupções) e reforçar recursos (por exemplo, assegurar rácio previsível e ajudas técnicas disponíveis) (Bakker & Demerouti, 2007; Donabedian, 1988).

A perceção de carga laboral elevada observada na amostra corrobora esta interpretação: 84,6% das AAD classificaram o trabalho como exigente ou muito exigente, uma tendência confirmada nas entrevistas, onde foram destacadas a sobrecarga física decorrente da dependência crescente dos utentes e a limitação de equipamentos de mobilização. A literatura sublinha que o aumento das exigências sem reforço paralelo de recursos constitui um dos principais fatores de risco para *burnout* e intenção de saída (OECD, 2023). A presente investigação confirma essa relação: 46,2% das participantes já consideraram abandonar a instituição, embora apenas 7,7% tenham ponderado deixar a profissão. Esta distinção evidencia que o compromisso vocacional com o cuidar permanece, mas que o contexto organizacional específico pode fragilizar a permanência na instituição. Tal afirmação está em linha com estudos que descrevem a intenção de saída como reflexo das condições institucionais e não da identidade profissional (Castle et al., 2007).

De acordo com Donabedian (1988), elementos de estrutura emergentes nas entrevistas – rácio de pessoal e ajudas técnicas – condicionaram processos cruciais (planos individualizados que efetivamente chegam à equipa; passagens de turno com informação biográfica e preferências; continuidade informacional entre turnos). Sempre que a estrutura falhou (rácio instável, equipamentos indisponíveis), os processos tornaram-se mais instrumentais e fragmentados, com repercussões nos resultados (experiência do utente e perceção de segurança). Assim, as evidências empíricas do grupo estudado materializam o encadeamento estrutura–processo–resultado descrito por Donabedian (Donabedian, 1988; Donabedian, 2005).

A análise da dimensão qualitativa acrescenta profundidade a estes dados, revelando que as profissionais identificam a missão de cuidar como elemento central da sua permanência, frequentemente associada a experiências de cuidado informal prévio e a valores de humanização e respeito pela pessoa idosa. Estas motivações refletem o que Kitwood (1997) designa como cuidados centrados na pessoa, nos quais a preservação da identidade, da dignidade e da relação interpessoal se tornam determinantes não apenas para o bem-estar dos utentes, mas também para a realização profissional dos cuidadores. Os testemunhos recolhidos evidenciam a satisfação resultante do reconhecimento dos utentes e das famílias, demonstrando que a valorização simbólica e afetiva atua como recurso protetor contra o desgaste.



Por outro lado, as narrativas salientam fatores que fragilizam a saúde mental: conflitos interpessoais, ritmos acelerados, ausência de tempo relacional e insuficiência de equipamentos. Tais elementos constituem, segundo o modelo JD-R, demandas adicionais que alimentam a via de desgaste, favorecendo a ansiedade e a intenção de saída. As queixas relativas à ausência de equipamentos adequados de mobilização, por exemplo, estão de acordo com estudos que apontam a sobrecarga física como uma das maiores fontes de desgaste entre cuidadores formais (Meireles, 2016).

A discrepância entre depressão e ansiedade observada nesta amostra deve ainda ser lida à luz da literatura nacional. Pereira e Marques (2014) evidenciam que o cansaço físico e psicológico dos cuidadores se associa a dificuldades acrescidas na prestação de cuidados e ao aumento da ansiedade, corroborando os resultados deste estudo. A depressão, embora menos prevalente, tende a surgir em cuidadores mais isolados ou expostos a desgaste crónico, o que poderá explicar os casos detetados de sintomatologia moderada e moderadamente grave.

Importa ainda destacar o papel das estratégias de *coping*. As participantes referiram a calma intencional, a espiritualidade, a prática de lazer ou exercício físico e a capacidade de estabelecer fronteiras entre vida profissional e pessoal como mecanismos de regulação emocional. Estes resultados encontram suporte em revisões que demonstram a associação entre espiritualidade e menor *burnout* em profissionais de saúde (Ruiz-Fernández et al., 2023). A espiritualidade, relatada como forma de manter a serenidade nos momentos de maior pressão, deve ser entendida como recurso pessoal que, embora individual, pode ser facilitado por políticas institucionais que respeitem a dimensão espiritual dos cuidadores.

No plano organizacional, a ausência de tempo relacional foi amplamente destacada. Segundo a perspetiva de Kitwood (1997), a qualidade dos cuidados centra-se precisamente na relação significativa entre cuidador e utente. A falta de tempo para essa dimensão compromete não apenas o bem-estar do idoso, mas também a satisfação profissional dos cuidadores, diminuindo o *engagement* e aumentando a perceção de desgaste. Estudos recentes confirmam que ambientes de cuidado centrados na pessoa estão associados a maior satisfação e intenção de permanência dos profissionais (Backhaus et al., 2020).

A análise dos resultados deste estudo reforça, assim, a necessidade de investir em políticas institucionais que aumentem os recursos organizacionais: reforço adequado de pessoal, equipamentos de mobilização eficazes, comunicação estruturada entre equipas e oportunidades de formação contínua. Tais medidas não só reduzem sintomas de ansiedade e exaustão, como contribuem para a retenção de profissionais e



a melhoria da qualidade dos cuidados, conforme defendido pela OCDE em relatórios sobre cuidados de longa duração (OECD, 2020).

Apesar da relevância dos resultados alcançados, importa reconhecer algumas limitações inerentes ao estudo. Em primeiro lugar, o facto de se tratar de um estudo de caso único, realizado numa instituição específica e com um número de participantes reduzido, limita a possibilidade de generalizar os resultados a outros contextos institucionais ou populacionais. Acresce que o grupo estudado foi composto exclusivamente por AAD do sexo feminino, o que restringe a diversidade de perspetivas e pode introduzir um viés de género na interpretação dos resultados. Em segundo lugar, a natureza transversal da recolha de dados não permite estabelecer relações de causalidade entre saúde mental e qualidade dos cuidados, possibilitando apenas a identificação de associações e tendências.

Não obstante estas limitações, a triangulação metodológica adotada — combinando instrumentos validados de avaliação psicológica com entrevistas semiestruturadas — constitui uma mais-valia, pois reforça a validade interna e permite uma compreensão mais rica e contextualizada da realidade estudada (Creswell & Plano Clark, 2018; Fetters, Curry, & Creswell, 2013). Este desenho metodológico contribuiu para mitigar parte das restrições mencionadas, ao possibilitar o cruzamento entre dados objetivos e subjetivos, oferecendo assim uma leitura abrangente e aprofundada do fenómeno em análise (Greene, Caracelli, & Graham, 1989; Denzin & Lincoln, 2018).

Em síntese, os dados confirmam que a saúde mental dos cuidadores formais é fortemente influenciada pela interação entre exigências laborais e recursos pessoais/organizacionais, conforme postula o modelo *Job Demands–Resources* (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2001). A elevada prevalência de ansiedade na amostra deve ser entendida como sinal de alerta, exigindo intervenções institucionais que reduzam as pressões e potenciem os recursos (Bakker & Demerouti, 2007). O compromisso vocacional com o cuidar, evidenciado pela baixa intenção de abandono da profissão, constitui uma oportunidade para reforçar políticas de valorização, suporte e formação, capazes de sustentar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas e o bem-estar dos cuidadores (Schaufeli & Bakker, 2004; Deci & Ryan, 2000).



## 6. Conclusão

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da saúde mental dos cuidadores formais na qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas em contexto institucional. Recorreu-se a uma metodologia mista, combinando instrumentos quantitativos (questionário sociodemográfico e escalas PHQ-9 e GAD-7) e qualitativos (entrevistas semiestruturadas), o que possibilitou uma visão abrangente e contextualizada deste fenómeno.

Relativamente ao primeiro objetivo específico (caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores formais que participaram no estudo), os dados revelaram que o grupo estudado era composto exclusivamente por mulheres, maioritariamente casadas ou em união de facto, com idades entre os 31 e os 62 anos e com experiência profissional significativa.

Quanto ao segundo objetivo (avaliar os níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa através de instrumentos padronizados), a aplicação das escalas permitiu identificar uma baixa prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente relevante (23,1%), mas quase metade das participantes apresentou sintomas de ansiedade em grau moderado ou grave (46,2%). Estes dados sugerem que a ansiedade tende a constituir uma resposta imediata às exigências laborais intensas, enquanto a depressão, menos prevalente, emerge sobretudo em contextos de desgaste prolongado.

Relativamente ao terceiro objetivo (explorar as perceções dos cuidadores formais relativamente à sua experiência profissional, bem-estar psicológico e impacto na qualidade dos cuidados), a análise qualitativa evidenciou um conjunto de fatores protetores e de risco. Entre os primeiros destacam-se a motivação intrínseca para cuidar, a espiritualidade, o reconhecimento dos utentes e famílias e as estratégias de *coping* desenvolvidas. Entre os fatores de risco sobressaem a sobrecarga física, a pressão psicológica associada ao trabalho por turnos, a escassez de tempo relacional e a insuficiência de equipamentos de mobilização.

O quarto objetivo (identificar necessidades de apoio e estratégias promotoras de saúde mental e humanização dos cuidados) foi igualmente cumprido. As participantes apontaram como prioritário o reforço de pessoal, a disponibilização de equipamentos de mobilização eficazes, a melhoria da comunicação interequipas, a criação de espaços de supervisão e apoio psicossocial e a implementação de programas de formação contínua em literacia emocional, gestão de conflitos e cuidados centrados na pessoa. Estas propostas traduzem um apelo claro ao investimento em condições organizacionais mais



favoráveis e em práticas que valorizem os cuidadores formais como pilares essenciais da rede de cuidados.

Do ponto de vista prático, os resultados evidenciam a necessidade de estratégias de intervenção articuladas a três níveis. Ao nível organizacional, importa garantir condições estruturais que atenuem o desgaste físico e emocional, através do reforço de pessoal, de recursos materiais adequados e de uma comunicação mais eficaz entre equipas. Ao nível formativo, destaca-se a importância de capacitar os cuidadores em áreas como gestão de conflitos, literacia emocional e cuidados centrados na pessoa. Por fim, ao nível individual, sublinha-se a relevância de promover práticas de autocuidado e lazer, incentivar o recurso a estratégias de coping saudáveis e apoiar, de forma voluntária e não confessional, a dimensão espiritual relatada como recurso por várias participantes.

Em termos de contributos, este estudo oferece evidência empírica sobre a saúde mental de cuidadores formais e o seu impacto na qualidade do cuidado, enriquecendo a reflexão académica e profissional sobre a valorização e sustentabilidade das equipas de cuidados de longa duração. Além disso, reforça a urgência de políticas públicas e institucionais que reconheçam e apoiem estes profissionais, assegurando não apenas a sua saúde psicológica, mas também a dignidade e a qualidade do cuidado prestado.

Para o futuro, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos, com grupos de participantes mais diversificados, que permitam comparar diferentes contextos institucionais, bem como investigações longitudinais que acompanhem a evolução da saúde mental dos cuidadores ao longo do tempo e avaliem o impacto de intervenções específicas. A inclusão de instrumentos que avaliem *burnout* e *engagement* poderá enriquecer a compreensão das dinâmicas entre exigências, recursos e bem-estar psicológico.

Em síntese, esta investigação confirma que a saúde mental dos cuidadores formais constitui um fator determinante para a qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas. Valorizar e apoiar estes profissionais não é apenas uma exigência ética, mas também uma condição imprescindível para garantir cuidados dignos, seguros e humanizados, num contexto em que a pressão demográfica e a complexidade do envelhecimento tornam cada vez mais urgente investir na sustentabilidade das equipas de cuidados.



## Referências Bibliográficas

- Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação* (3.ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1390-1>
- Anger, W. K., Elliot, D. L., Bodner, T., Olson, R., Rohlman, D. S., & Hammer, L. B. (2024). A systematic review of evidence-based interventions and programs to improve the mental health of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph210xxxxx>
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2020). Future distinguishing factors in person-centred care in nursing homes: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 110, 103698. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103698>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Ballard, C., Orrell, M., YongZhong, S., Moniz-Cook, E., Stafford, J., Whittaker, R., Woods, R., ... Fossey, J. (2016). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, 13(2), e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (5.ª ed.). Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Breevaart, K., & Bakker, A. B. (2018). Daily job demands and employee work engagement: The role of daily transformational leadership behavior. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(3), 338–349. <https://doi.org/10.1037/ocp0000082>
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215–222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 46(1), 62–73. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.62>



- Castle, N. G., Engberg, J., Anderson, R., & Men, A. (2007). Job satisfaction of nurse aides in nursing homes: Intent to leave and turnover. *The Gerontologist*, *47*(2), 193–204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17440124/>
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M., & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, *8*(4), 317–325. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6)
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, *64*(1), 89–136. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01203.x>
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, *86*(3), 386–400. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>
- Comissão Europeia. (2022). Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões – *Estratégia Europeia dos Cuidados*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022DC0440>
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2023). Anxiety and depression in nursing home staff: A systematic review. *Aging & Mental Health*, *27*(4), 681–693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2018001>
- Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, *53*(3), 285–323. <https://doi.org/10.1002/ajim.20750>
- Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, *31*(8), 1203–1216. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001606>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.



Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands–Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Donnelly, E., Shapiro, S., & McGowan, P. (2021). Burnout and mental health among direct care workers in long-term care: A systematic review. *BMC Nursing*, 20, 114. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00552-z>

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.-O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer’s disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362–367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6 Pt 2), 2134–2156.

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.

Fonseca, C., Santos, R., Almeida, M., & Ribeiro, O. (2023). Long-term care in Portugal: Trends and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2341. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032341>



- Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: Cluster randomised trial. *BMJ*, *332(7544)*, 756–761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
- Gallego-Alberto, L., Zabaleta-del-Olmo, E., & Juvinyà-Canal, D. (2017). Psychosocial factors associated with anxiety and depression in nursing home staff: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *73(12)*, 2939–2951. <https://doi.org/10.1111/jan.13356>
- Grant, A. M. (2007). Relational job design and the motivation to make a prosocial difference. *Academy of Management Review*, *32(2)*, 393–417. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.24351328>
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, *11(3)*, 255–274.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands–Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, *22(3)*, 224–241. <https://doi.org/10.1080/02678370802379432>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff well-being, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, *11(7)*, e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hill, R., Barber, A., & Pappas, Y. (2022). The prevalence and risk factors of anxiety and depression in healthcare workers: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *303*, 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.098>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, *44(3)*, 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., Gobin-Bourdet, D., & Swendsen, J. (2022). Stress and mental health in nursing homes during COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*, *23(3)*, 405–412. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.11.012>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas 2023*. INE. <https://www.ine.pt>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.



- Knight, C., Patterson, M., & Dawson, J. (2017). Building work engagement: A systematic review and meta-analysis investigating the effectiveness of work engagement interventions. *Journal of Organizational Behavior, 38*(6), 792–812. <https://doi.org/10.1002/job.2167>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Martins, H. (2020). Psychometric properties of the Portuguese version of the PHQ-9 in primary care patients. *BMC Psychiatry, 20*, 382. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02722-8>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lesener, T., Gusy, B., & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress, 33*(1), 76–103. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & McCoy, T. P. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist, 26*(3), 177–182. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182503ef0>
- Lopes, H., Mateus, C., & Hernández-Quevedo, C. (2018). Ten years after the creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and challenges. *Health Policy, 122*(3), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.001>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior, 2*(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing, 56*(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Meireles, S. (2016). *Stress ocupacional em cuidadores formais de idosos institucionalizados* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Meireles\\_Sandra.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Meireles_Sandra.pdf)



Melnyk, B. M., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian-Engoren, C., Melkus, G. D., Dunbar-Jacob, J., Rice, V. H., ... Wilbur, J. (2021). A national study links nurses' mental and physical health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *63*(3), 199–205. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002112>

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.

Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(9), 917. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090917>

Monteiro, S., Ferreira, J., & Martins, C. (2013). Adaptação e validação da versão portuguesa do PHQ-9. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(2), 300–307. <https://doi.org/10.15309/13psd140215>

Monteiro, A., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Burnout, ansiedade e depressão em cuidadores formais em instituições de idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *1*(1), 293–302. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231157002.pdf>

Nigam, J. A., Baker, D., Hodgson, M., & Wagner, G. R. (2023). Total worker health and the future of work in long-term care. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *65*(3), 185–192. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002785>

OECD. (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

OECD. (2023). *Beyond applause? Improving working conditions in long-term care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodgkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *178*(10), 1317–1331. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A



systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.

Pereira, C., & Marques, A. (2014). Sobrecarga e ansiedade nos prestadores formais de cuidados a idosos institucionalizados. *Revista Kairós – Gerontologia*, 17(3), 29–47. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719004.pdf>

Portugal. (2012). *Portaria n.º 67/2012, de 21 de março*. Diário da República, 1.ª série, n.º 57.

Portugal. (2023). *Portaria n.º 349/2023, de 10 de novembro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 217.

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Carmona-Rega, M. I., Pineda-Marín, C., & Ortega-Galán, Á. M. (2023). Burnout, stress, and job satisfaction among nursing home staff caring for older adults during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 13(8), e068402. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068402>

Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Ghasemi, H., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., & Khaledi-Paveh, B. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within frontline healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 210–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.077>

Santana, S., Szczygiel, N., & Redondo, P. (2014). Integration of care systems in Portugal: Anatomy of recent reforms. *International Journal of Integrated Care*, 14, e014. <https://doi.org/10.5334/ijic.989>

Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>



Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, *166*(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.

Sousa-Santos, A., Amaral, O., Vieira, F., & Pinto, D. (2015). Validação da versão portuguesa da GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale-7). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *33*(1), 55–62. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4424548/>

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.). (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed.). SAGE Publications.

Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, *18*(2), 230–240. <https://doi.org/10.1037/a0032141>

Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.

Van den Broeck, A., De Cuyper, N., De Witte, H., & Vansteenkiste, M. (2010). Not all job demands are equal: Differentiating job hindrances and job challenges in the job demands–resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *19*(6), 735–759. <https://doi.org/10.1080/13594320903223839>

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: *International Classification of Diseases*. WHO. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)

Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands–resources model. *International Journal of Stress Management*, *14*(2), 121–141. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). SAGE Publications.



## Apêndices

### Apêndice A – Pedido de autorização institucional

#### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



**Trabalho de Investigação:**  
**Impacto da Saúde Mental dos Cuidadores Formais na Qualidade dos Cuidados Prestados**

Exmo. Senhor Presidente  
João Lopes

Eu, Ana Catarina Cerqueira Leite, na qualidade de investigadora venho por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na Associação Betesda, Esperança e Vida, o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
(a preencher pelo Presidente)

- AUTORIZO  
 NÃO AUTORIZO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Apêndice B – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE  
CONSENTIMENTO INFORMADO

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDEDESIGNAÇÃO DO ESTUDO: *Impacto da Saúde Mental dos Cuidadores Formais na Qualidade dos Cuidados Prestados***Declaração de Consentimento Informado**Eu, abaixo-assinado (**NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO**):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender a perceção do bem-estar e da saúde mental na participação ocupacional de cuidadores formais que trabalham com pessoas idosas.

Sei que neste estudo está previsto o preenchimento de questionários, a realização de entrevistas e a aplicação de escalas de avaliação, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus objetivos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Investigador e Contacto: **Ana Catarina Cerqueira Leite | 934 672 157**

\_\_\_\_\_



## Apêndice C – Questionário Sociodemográfico

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Género:**  Feminino  Masculino  Outro \_\_\_\_\_  Prefiro não dizer

**Estado civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)  União de facto  Viúvo(a)  Separado(a)/Divorciado(a)

**Quantas pessoas vivem consigo?** \_\_\_\_\_

**Tem filhos(as)?**  Não  Sim (quantos? \_\_\_\_\_) [Se respondeu sim, quantos são menores de idade? \_\_\_\_\_]

**Possui pessoas dependentes a seu cargo (por exemplo, familiares)?**  Não  Sim (quem? \_\_\_\_\_)

**Qual o nível de escolaridade que completou?**  Não completou o 1º ciclo  1º ciclo  2º ciclo  
 3º ciclo  Ensino Secundário  Ensino Superior (área de formação: \_\_\_\_\_)

**Há quanto tempo exerce a função de Ajudante de Ação Direta?** \_\_\_\_\_

**Trabalha noutra instituição em simultâneo?**  Não  Sim (quantas horas por semana? \_\_\_\_\_)

**Tem experiência anterior em instituições semelhantes?**  Não  Sim (Quantos anos? \_\_\_\_\_)

**Trabalha por turnos?**  Não  Sim **Nº médio de horas de trabalho semanais:** \_\_\_\_\_

**Qual o seu vínculo contratual?**  Contrato efetivo  Contrato a termo  Prestação de serviços

**Tem oportunidade de formação contínua na sua área?**  Não  Sim  Não sei

**Que tipo de cuidados presta aos idosos?**  Domiciliários  Internos na instituição  Ambos

**Como avalia a carga de trabalho na instituição?**  Leve  Moderada  Exigente  Muito exigente

**Nos últimos 12 meses, faltou ao trabalho?**  Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente

**Já pensou em deixar a instituição?**  Não  Sim (porquê? \_\_\_\_\_)

**Já pensou em deixar a sua profissão?**  Não  Sim (para qual? \_\_\_\_\_)

**Tem alguma condição de saúde diagnosticada?**  Não  Sim (qual? \_\_\_\_\_)

**Costuma tomar medicamentos?**  Não  Sim

**Se sim, são prescritos por um médico?**  Não  Sim  Às vezes

**Que medicamentos toma habitualmente?** \_\_\_\_\_

**Como avalia o seu nível de energia no trabalho?**  Alto  Moderado  Baixo

**Participa em atividades de autocuidado ou lazer regularmente?**  Não  Sim



## Apêndice D – Guião da Entrevista



### GUIÃO DE ENTREVISTA

#### Objetivos

O presente guião de entrevista foi concebido em virtude da realização de um estudo de investigação para a Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional – Reabilitação e Saúde Mental. O mesmo visa recolher informações detalhadas sobre a experiência profissional de Ajudantes de Ação Direta, com particular enfoque nos desafios que enfrentam no seu trabalho, no impacto que este tem na sua saúde mental e física, e na forma como estas vivências influenciam os cuidados prestados às pessoas idosas. Este estudo pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada das condições laborais e da participação ocupacional destas profissionais, permitindo identificar áreas de melhoria e propor estratégias de intervenção que valorizem o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados.

#### Perguntas-padrão

##### 1. Percurso

- Como começou a trabalhar como Ajudante de Ação Direta?
- O que a motivou a escolher esta profissão?

##### 2. Rotina

- Como é um dia típico de trabalho para si?
- Que tipo de cuidados presta diariamente aos utentes?
- Quais são os maiores desafios que encontra no seu trabalho?
- A carga de trabalho está dentro das suas expectativas e capacidades?
- Gosta do seu dia a dia de trabalho?

##### 3. Impacto na Saúde

- De que forma o trabalho afeta a sua saúde física e mental? Pode dar algum exemplo?
- Alguma vez sentiu que o seu estado emocional ou físico influenciou a forma como prestou cuidados aos utentes? Se sim, pode contar alguma situação em que tenha feito algo no trabalho com que não se tenha identificado ou com que tenha ficado desconfortável?
- Como lida com o stress relacionado ao trabalho?



- Que estratégias utiliza para cuidar do seu equilíbrio emocional enquanto presta cuidados?
- Quando foi a última vez que meteu baixa e porquê?

#### **4. Apoio e Formação**

- Sente que recebe apoio para fazer formação por parte da instituição?
- Participa em formações ou outras atividades de desenvolvimento profissional?
- Tem oportunidade para expressar dificuldades ou sugerir melhorias?

#### **5. Equilíbrio Vida Profissional e Pessoal**

- É fácil conciliar a sua vida profissional com a pessoal? Como o faz?
- Tem tempo para lazer ou para cuidar de si regularmente?

#### **6. Perspetivas**

- A que dá mais valor no seu trabalho?
- Pode descrever alguma situação em que sentiu que o cuidado que prestou fez a diferença para algum utente?
- Que mudanças gostaria que acontecesse para melhorar a sua experiência profissional?

#### **7. Considerações finais**

- Gostaria de acrescentar algo que considere importante para este estudo?



## Anexos

## Anexo I – Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas? <i>(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)</i>	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

**Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?**

Não  
dificultaram

Dificultaram um  
pouco

Dificultaram  
muito

Dificultaram  
extremamente



## Anexo II – Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

<b>GAD-7</b>				
Durante os <u>últimos 14 dias</u> , em quantos foi afectado/a pelos seguintes problemas? <i>(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)</i>	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0	1	2	3
2. Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupei-me demais com diferentes assuntos	0	1	2	3
4. Tive dificuldade em relaxar	0	1	2	3
5. Estive tão inquieto/a que era difícil ficar sossegado/a	0	1	2	3
6. Estive facilmente incomodado/a ou irritável	0	1	2	3
7. Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer	0	1	2	3

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_)**

Desenvolvido por Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com uma bolsa de estudos da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

**P.PORTO**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE



**M**

**MESTRADO**

TERAPIA OCUPACIONAL