



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DE CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

O *Burnout* em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia

Adriana Graça Sousa; Ana Margarida da Silva Marcos; Cátia Sofia Silva Graça

Data

junho, 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

TRABALHO FINAL DE CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

O *Burnout* em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia

Curso de Licenciatura de Enfermagem

4º Ano | 2º Semestre

Adriana Graça Sousa | N° 20220877

Ana Margarida da Silva Marcos | N° 20211340

Cátia Sofia Silva Graça | N° 20170617

Orientador Pedagógico

Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Monografia apresentada à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizada sob a orientação pedagógica do Professor Doutor Jorge Salvador Pinto Almeida, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho, 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora, Maria do Rosário Jesus Martins

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Arguente

Licenciada, Maria do Céu Martins do Vale Ferrão Monteiro

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Orientador

Doutor, Jorge Salvador Pinto de Almeida

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Agradecimentos

Queremos realizar um agradecimento conjunto a todos os nossos familiares, nomeadamente da Adriana, da Ana Margarida e da Cátia, em especial aos nossos pais por serem o nosso pilar, não só no desenvolvimento deste trabalho, mas principalmente ao longo deste percurso académico que hoje terminamos. Sem o apoio deles não teria sido possível alcançarmos hoje este objetivo.

Aos nossos amigos, que estiveram sempre presentes, pela paciência e apoio que sempre demonstraram mesmo nos nossos dias mais difíceis.

Agradecemos ainda ao Professor Jorge Almeida, orientador da presente monografia, pela sua disponibilidade, empenho, motivação e tempo que despendeu para nos auxiliar na elaboração da mesma.

Por fim, aproveitamos ainda para expressar o nosso agradecimento a todos os professores e profissionais de saúde que se cruzaram connosco ao longo do percurso académico e dos respetivos ensinos clínicos, por partilharem connosco a sua experiência e o seu saber, que tanto contribuíram para enriquecer o nosso conhecimento.

*“A Enfermagem em saúde mental não trata apenas
sintomas, mas acolhe histórias, fortalece resiliências e
devolve à pessoa o sentido de si mesma”*

Phil Barker (2001)

Resumo

A esquizofrenia é uma perturbação mental grave que afeta não só a pessoa com a doença, mas também a sua família, nomeadamente, o cuidador informal. A continuidade do processo do cuidar, associada às suas exigências, pode levar a elevados níveis de stress, sobrecarga e desgaste psicológico, aumentando assim a vulnerabilidade de vir a desenvolver o *burnout*.

O objetivo desta monografia é analisar e perceber o desenvolvimento do *burnout* em cuidadores informais de pessoas portadoras de esquizofrenia. Ao longo do trabalho são identificados os seus fatores predisponentes, as manifestações e as consequências associadas, e diferenciamos o *burnout* de stress e sobrecarga. São também abordados os principais fatores que influenciam e alteram a saúde e o bem-estar do cuidador informal, assim como a identificação das suas necessidades e as intervenções do enfermeiro para promover a saúde e qualidade de vida do mesmo.

Verifica-mos que os cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia constituem uma população vulnerável ao desgaste físico e emocional, tornando-se assim bastante importante e fundamental planear e desenvolver intervenções direcionadas para a prevenção do *burnout* e para a promoção da qualidade de vida destes cuidadores. A consciencialização das necessidades afetadas destes cuidadores informais e a sua integração como alvo dos cuidados são essenciais para uma abordagem holística e centrada na família.

Palavras-chave

Esquizofrenia; Cuidador Informal; *burnout*; sobrecarga do cuidador; Enfermagem; Saúde Mental.

Abstract

Schizophrenia is a severe mental disorder that affects not only the individual living with the illness but also their family members, particularly informal caregivers. The continuous caregiving process, together with its associated demands, can lead to high levels of stress, burden, and psychological strain, thereby increasing caregivers' vulnerability to developing *burnout*.

The aim of this monograph is to analyse and understand the development of *burnout* among informal caregivers of individuals with schizophrenia. Throughout this study, the predisposing factors, manifestations, and associated consequences of *burnout* are identified and examined, while distinguishing *burnout* from stress and caregiver burden. The main factors that influence and affect the health and well-being of informal caregivers are also discussed, together with the identification of their needs and the nursing interventions aimed at promoting their health and quality of life.

We found that informal caregivers of individuals with schizophrenia constitute a population that is particularly vulnerable to physical and emotional exhaustion. Therefore, it is crucial to plan and implement targeted interventions aimed at preventing *burnout* and promoting the quality of life of these caregivers. Raising awareness of the needs affected by the caregiving role and recognising informal caregivers as recipients of care are essential components of a holistic, family-centred approach.

Keywords: Schizophrenia; Informal Caregiver; *burnout*; Caregiver Burden; Nursing; Mental Health.

Índice Geral

1	Introdução.....	1
2	Esquizofrenia.....	3
2.1	Definição	3
2.2	Sintomatologia.....	3
2.3	Impacto funcional e social da doença	4
2.4	Abordagem terapêutica.....	4
2.5	Tipos de Tratamento	4
2.5.1	Tratamento não farmacológico	4
2.5.2	Tratamento Farmacológico	5
3	Cuidador Informal.....	7
3.1	Definição	7
3.2	Papel e Responsabilidades.....	7
3.3	Impacto na vida do cuidador.....	8
3.4	Necessidades do cuidador.....	10
4	Cuidador informal de doentes portadores de esquizofrenia	12
4.1	Literacia em saúde mental dos cuidadores informais.....	12
4.2	Principais dificuldades dos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia.....	13
5	<i>Burnout</i>	15
5.1	Definição	15
5.2	Manifestações Clínicas e Consequências	16
5.3	Dimensões do <i>burnout</i>	17
5.4	Avaliação do <i>burnout</i> – Escala Maslach Burnout Inventory	17
5.5	Diferença entre <i>burnout</i> , stress e sobrecarga.....	18
6	<i>Burnout</i> nos cuidadores informais	20
6.1	Fatores Predisponentes	21
6.1.1	Relacionados com o cuidador	21
6.1.2	Relacionados com a prestação de cuidados.....	22
6.1.3	Relacionados com os fatores familiares, sociais e económicos.....	22
7	<i>Burnout</i> em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia.....	23
7.1	Prevalência.....	23

7.2	Consequências do <i>burnout</i> nos cuidadores: Problemas de saúde mental, Problemas físicos, Diminuição da qualidade dos cuidados prestados	24
8	Papel do Enfermeiro.....	25
8.1	Identificação das necessidades do cuidador	25
8.2	Educação para a saúde.....	25
8.3	Promoção do insight para a doença.....	26
9	Estratégias de Intervenção Psicológica.....	27
9.1	Como prevenir o <i>burnout</i> nos cuidadores informais	27
9.2	Psicoeducação	27
9.3	Terapia cognitivo-comportamental.....	27
9.4	Gestão Emocional.....	28
10	Teorias de Enfermagem	29
10.1	Teoria do Déficit de Autocuidado por Dorothea Orem	29
10.2	Teoria das Transições por Afaf Meleis	29
10.3	Relação entre a Teoria do Déficit de Autocuidado e das Transições	30
11	Conclusão	32
	Referências Bibliográficas	34
	ANEXOS.....	41
	ANEXO 1 - Direitos e deveres do cuidador informal	42
	ANEXO 2 – Questionário sobre o <i>insight</i> e atitudes face ao tratamento	43
	ANEXO 3 - MBI – HSS: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey ...	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA - Associação Psiquiátrica Americana

AVD's - Atividades de Vida Diária

CID - Classificação Estatística de Doenças

DP - Despersonalização

EE - Exaustão Emocional

HSS - Human Services Survey

MBI - Maslach Burnout Syndrome Inventory

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Realização Pessoal

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

1 Introdução

A presente monografia surge como elemento da Unidade Curricular estágio VI, alocado no 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Esta foi realizada pelas estudantes de Enfermagem, Adriana Sousa, Margarida Marcos e Cátia Graça, sob a orientação pedagógica do Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida.

Os doentes portadores de esquizofrenia enfrentam grandes dificuldades, tanto nas atividades de vida diária, como nas relações interpessoais, devido ao leque alargado de sintomas a que estão sujeitos (Macieira, 2022).

A esquizofrenia pode ser uma doença bastante incapacitante e, na maioria dos casos, requer um suporte familiar, pelo que os cuidadores informais têm um papel essencial na melhoria da qualidade de vida destes doentes, prestando todos os cuidados que o doente necessite.

Estes cuidadores informais estão sujeitos a altos níveis de stress, imprevisibilidade, esforço físico, sobrecarga emocional e estigma, de forma contínua, e ausência de formação e de literacia em saúde mental, o que consequentemente pode conduzir à síndrome de *burnout*.

O *burnout* tem três dimensões, a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal. Estas geram um declínio na qualidade dos cuidados que são prestados, na autoestima do cuidador e um aumento do sentimento de indiferença perante a pessoa-alvo dos cuidados, que dificulta a relação entre estes.

Assim, o papel do enfermeiro é fundamental na educação para a saúde, no desenvolvimento de competências do cuidador e na intervenção psicológica dos doentes e dos cuidadores.

Posto isto, achamos bastante pertinente abordar o tema “O *burnout* nos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia”, por ser um tema ainda pouco explorado e por ser de tamanha importância para a comunidade, em termos de redução do estigma e do aumento do conhecimento acerca de doença mental e de cuidados informais, e também para a Enfermagem, sendo essencial a identificação e intervenção precoce em casos de *burnout*.

Definimos como objetivo geral: Analisar o *burnout* nos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia, atendendo às suas causas, manifestações, consequências e estratégias de intervenção segundo a prática de enfermagem. De modo a responder da melhor forma ao objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Definir esquizofrenia e o seu impacto no doente;
- Caracterizar o cuidador informal descrevendo o seu papel e necessidades;

- Especificar o *burnout*, diferenciando de stress e sobrecarga, e identificando os seus fatores de risco;
- Analisar o *burnout* em cuidadores informais de pessoas portadoras de esquizofrenia, reconhecendo as suas consequências;
- Identificar estratégias de prevenção e intervenção do *burnout*, através do papel do enfermeiro;
- Enquadrar o tema na Teoria do Défice de Autocuidado e na Teoria das Transições.

A metodologia utilizada para a realização deste Trabalho Final de Curso foi a Monografia, baseada na revisão narrativa da literatura, recorrendo à pesquisa e leitura crítica de bibliografia e artigos fidedignos e considerados pertinentes para atingir os objetivos do Trabalho.

A formatação do presente trabalho encontra-se realizada de acordo com as normas de formatação da Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias, enquanto as referências bibliográficas e citações estão efetuadas em conformidade com as Normas da *American Psychiatric Association* (APA), 7ª edição.

2 Esquizofrenia

2.1 Definição

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica crónica, na qual ocorrem alterações da função cerebral, que afetam o pensamento, a perceção, as emoções, os afetos e o comportamento, tendo um impacto na vida diária e social do portador desta doença (Macieira, 2022).

Esta doença pode afetar qualquer género, tanto o feminino como o masculino. Nos homens, o início da doença tende a ser mais precoce, existindo prevalência dos sintomas negativos mais vincados (Macieira, 2022). Habitualmente surge no início da fase adulta, marcada por um declínio a nível cognitivo e social, normalmente 3 a 5 anos mais tarde nas mulheres que nos homens (Macieira, 2022).

As causas que levam ao aparecimento da esquizofrenia ainda não se encontram bem definidas, mas existe evidência do grande impacto que a componente genética tem para o desenvolvimento da doença, assim como fatores relacionados com o neurodesenvolvimento, complicações na fase pré-natal, idade dos pais, traumas que possam ter ocorrido na infância, fatores ambientais como a exposição ao stress, história de consumo de estupefacientes, como é o caso de canabinoides (Macieira, 2022).

A esquizofrenia pode ser incapacitante e, na maioria dos casos, requer um suporte familiar. Este é crucial no suporte emocional e na promoção da adesão ao regime terapêutico, promovendo também uma melhor aceitação social e qualidade de vida da pessoa portadora de esquizofrenia.

2.2 Sintomatologia

Os sintomas da esquizofrenia podem ser classificados como positivos, negativos e cognitivos. Quando falamos de sintomas positivos, estes incluem alterações do pensamento, da perceção e do comportamento (Macieira, 2022). As alterações do pensamento estão associadas ao aparecimento de delírios, estes delírios são alterações do conteúdo do pensamento no que diz respeito ao seu sentido e crença irreal (Correia D. T., 2014).

Os sintomas negativos incluem falta de motivação (avolia) para realizar atividades que anteriormente davam prazer ao indivíduo (anedonia), apatia ou pouca expressividade emocional (embotamento afetivo) e isolamento social. Já os sintomas cognitivos incluem dificuldades na atenção, alterações na memória do indivíduo e no raciocínio. O conjunto destes sintomas leva a uma dificuldade funcional significativa, como nas atividades de vida diária e nas relações interpessoais (Macieira, 2022).

2.3 Impacto funcional e social da doença

A esquizofrenia tende a comprometer o funcionamento global do indivíduo, afetando várias dimensões da vida do portador desta doença. Pode afetar o desempenho social e ocupacional com repercussões académicas, nas relações interpessoais, na manutenção laboral e autonomia funcional. Este impacto pode estender-se ao contexto familiar e refletir-se na sua estrutura, sendo necessário redistribuir papéis, reorganizar rotinas e redefinir expectativas. O estigma associado à doença mental grave permanece um fator importante de isolamento e sofrimento, agravando a sobrecarga relacional do cuidador (Carvalho, 2012).

2.4 Abordagem terapêutica

Segundo Macieira (2022), o diagnóstico desta doença faz-se com recurso a uma avaliação psiquiátrica do utente. Deve recorrer-se à história de doença atual, sintomas e fatores precipitantes que possam existir, história psiquiátrica e de clínica geral, histórico de uso de substâncias, história familiar, pessoal e social e por fim, deve ser realizado o exame do estado mental do utente.

A APA (2021), recomenda que doentes portadores de esquizofrenia possuam um plano de tratamento centrado na pessoa e que inclua os dois tipos de tratamento em simultâneo, tratamento farmacológico e não farmacológico.

Os antipsicóticos desempenham um papel fundamental na redução de sintomas positivos e na prevenção de recaídas, mas a sua eficácia depende da adesão terapêutica, da monitorização e do acompanhamento contínuo (Barradas, 2023).

Para que os dois tipos de tratamentos, farmacológico e não farmacológico, atuem com eficácia no tratamento da esquizofrenia é importante que o doente possua *insight* (Campos, 2022).

Na área clínica, o conceito “*insight*” diz respeito à capacidade que o doente tem para reconhecer e interpretar os seus sintomas, conseguindo compreendê-los e associá-los à sua condição patológica, percebendo assim o impacto da doença nas suas capacidades funcionais e demonstrando envolvimento no processo terapêutico (Mella *et al.*, 2011, citado por Campos, 2022).

2.5 Tipos de Tratamento

2.5.1 Tratamento não farmacológico

Dentro do tratamento não farmacológico encontram-se, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (APA) a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia (Association, 2021).

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção estratégica baseada em princípios científicos que é apresentada como uma forma de

psicoterapia em que ajuda o doente a perceber a relação entre os seus pensamentos, emoções e comportamentos (Macieira, 2022).

O objetivo desta terapia é que os doentes em conjunto com os profissionais de saúde identifiquem e compreendam melhor os seus problemas em relação às interações entre o comportamento, pensamento, cognição e emoções. Esta abordagem habitualmente incide sobre as dificuldades sentidas no momento, conduzindo posteriormente à definição de objetivos terapêuticos personalizados, limitados no tempo e de estratégias que são continuamente monitorizadas e avaliadas. Este tipo de tratamento é importante na redução de sintomas contínuos, na prevenção e na melhoria do funcionamento emocional e social dos utentes. A finalidade deste tipo de tratamento é capacitar o utente a alcançar soluções para os problemas que o próprio identifica (Barradas, 2023); (Macieira, 2022).

Para que o uso desta terapia seja eficaz, o doente portador de esquizofrenia tem de ter *insight* para a doença, uma vez que é essencial que perceba e compreenda os sintomas que possam surgir, para conseguir lidar com os mesmos.

O insight dos doentes portadores de esquizofrenia pode ser avaliado através de questionários sobre o mesmo (Almeida, Gamito, & Correia, 2004).

A escala usada é “Questionário sobre o insight e atitudes face ao tratamento” adaptada em Portugal da escala “*Insight and Treatment Attitudes Questionnaire*” pelo Serviço de Psiquiatria no Hospital Fernando Fonseca desde 2003 (Almeida, Gamito, & Correia, 2004) (Anexo 2).

Esta escala engloba um questionário simples de 11 questões em que é considerado sem *insight* uma pontuação igual a 0, *insight* máximo uma pontuação igual a 22, sendo que as respostas podem ser pontuadas como 0 (sem *insight*), 1 (*insight* parcial) ou 2 (bom *insight*). Considera-se ainda que a pessoa apresenta falta de insight com pontuação entre 0 a 7, insight parcial de 8 a 15 e um bom insight de 16 a 22 (Almeida, Gamito, & Correia, 2004) (Anexo 2).

A psicoeducação tem como objetivo fornecer aos doentes informações relacionadas com a sua doença, como explicar o diagnóstico, os sintomas associados e todo o tipo de tratamentos disponíveis. Acabando por se focar também em planos de redução e regulação de stress e possíveis crises, na deteção de sinais de alerta e prevenção de possíveis recaídas (Barradas, 2023).

2.5.2 Tratamento Farmacológico

De acordo com a APA (2021), o tratamento farmacológico de doentes portadores de esquizofrenia deve ser realizado com antipsicóticos.

Os antipsicóticos podem classificar-se como típicos ou de 1ª geração e atípicos ou de 2ª geração (Barradas, 2023).

As diferenças entre eles baseiam-se nos diferentes recetores com que cada um tem afinidade e nos seus efeitos adversos (Barradas, 2023).

Os antipsicóticos típicos ou de primeira geração produzem mais efeitos extrapiramidais. São designados como efeitos extrapiramidais as perturbações motoras involuntárias que este tipo de fármaco provoca, como a distonia, a acatisia

e a discinesia (Macieira, 2022). Já os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração produzem menos efeitos extrapiramidais motores, mas provocam mais efeitos adversos a nível metabólico, como a diabetes e a obesidade (Stepnicki *et al.*, 2018, citado por Macieira, 2022).

A falta de adesão à terapêutica acarreta um sofrimento significativo para os utentes e para as suas famílias, além de provocar um impacto relevante no sistema de saúde. Esta situação contribui para o aumento da frequência e da gravidade das crises, levando a um maior recurso aos serviços de urgência, aumentando assim o número de reinternamentos. Consequentemente, agrava o prognóstico da doença e compromete a qualidade de vida do doente portador de esquizofrenia (Campos, 2022).

3 Cuidador Informal

3.1 Definição

A denominação de cuidador informal deriva da dinâmica entre quatro fatores: o grau de parentesco; o género (essencialmente são mulheres); a proximidade física, ou seja, quem convive com a pessoa alvo dos cuidados; e a proximidade afetiva (Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge, 2011).

Segundo Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes (2010), por definição, o cuidador informal é um familiar ou um convivente relevante que presta cuidados a alguém que necessita, de forma assídua e não remunerada. Este cuidado denomina-se informal, pois é prestado de forma voluntária pelas pessoas que pertencem ao grupo social do recetor dos cuidados, não sendo conduzido por uma organização, nem remunerado (García, 2010).

Ou seja, ao contrário do cuidador formal, o cuidador informal é na maioria das vezes um familiar ou uma pessoa próxima da pessoa que recebe os cuidados, que presta cuidados a alguém em estado de dependência, por doença crónica ou incapacidade permanente, e o realiza sem formação profissional específica ou qualquer remuneração (Dixe & Querido, 2020).

3.2 Papel e Responsabilidades

O cuidador informal desempenha o papel de responder às necessidades da pessoa dependente, sem obter qualquer apoio financeiro e técnico, tomando amplas e penosas responsabilidades. Já os cuidadores formais são profissionais formados e que obtêm remuneração por realizar a sua função de cuidar, tendo apoios técnicos e financeiros (Dixe & Querido, 2020).

O cuidador informal tem como papel principal acompanhar e assistir a pessoa que necessita de cuidados, seja qual for a sua idade, realizando por ela, única e exclusivamente, as tarefas que esta não consiga realizar de forma independente, não fazendo parte do trabalho do cuidador práticas e técnicas que sejam específicas de alguma profissão legalmente instituída, de forma particular na área da enfermagem (Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge, 2011).

As principais funções do cuidador informal passam por realizar serviços que visam uma melhoria na qualidade de vida da pessoa de quem cuida, como: Auxiliar no posicionamento, aliviando zonas de pressão; Promover e assistir na alimentação, cuidados de higiene e atividade física; Administrar medicação, de acordo com a prescrição e instruções da equipa de saúde; Funcionar como elo de ligação e comunicação entre a pessoa cuidada, a sua família e a equipa de saúde; Comunicar qualquer alteração no estado geral do utente à equipa de saúde (Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge, 2011).

Assim, no processo de transição para exercer o papel de cuidador informal é muito importante a aquisição de novas competências e o treino das competências já adquiridas, de forma a que tenha capacidade de identificar as necessidades da pessoa alvo dos cuidados e para que exerça o seu papel de forma exemplar. Para que os cuidados prestados sejam de qualidade, é necessário que cuidador possua competências físicas, emocionais e de suporte (Nogueira , Azeredo, & Santos, 2012).

Estas competências dos cuidadores informais estão ainda relacionadas a alguns requisitos, como a responsabilidade, a autonomia e a iniciativa (Sequeira, 2010).

Segundo Karsch (2003), para ser um cuidador informal competente é fundamental que este tenha orientação da equipa multidisciplinar de saúde, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, para ter conhecimento de como agir em situações de maior complexidade que possam ocorrer.

3.3 Impacto na vida do cuidador

Ser cuidador informal é uma função muito gratificante, mas também muito complexa e com grande responsabilidade, pelo que há grandes impactos sobre o cuidador, tanto positivos como negativos, que afetam a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

Assim, os cuidadores informais passam por uma mistura de sentimentos, positivos e negativos, como satisfação, medo, impaciência, amor e retribuição (Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge , 2011).

Segundo Vieira, Fialho, Freitas, & Jorge (2011), a retribuição é o impacto positivo mais sentido pelos cuidadores, pois estes cuidam com muito amor, prazer, atenção e carinho, que são retribuídos pela pessoa alvo dos cuidados, assim como a retribuição das vivências e dos bons momentos presenciados com a pessoa, criando uma relação mais profunda com a mesma. Além desse sentimento de retribuição, evidenciam-se ainda os sentimentos de satisfação, quando se observa uma melhoria no estado da pessoa; e de utilidade, sentindo uma realização pessoal, pela prestação de cuidados a quem mais necessita.

Habitualmente, assumir o papel de cuidador informal não é por vocação, mas sim por ser familiar da pessoa que necessita de cuidados, sendo algo que não estava dentro dos projetos de vida do cuidador. Esta situação pode interferir, tanto na qualidade dos cuidados prestados, como na qualidade de vida do cuidador e da pessoa recetora dos cuidados, podendo haver um aumento da sobrecarga, stress, tensão, fadiga, ansiedade e isolamento social. Consequentemente, haverá o aumento do risco de desenvolver problemas emocionais, físicos, sociais, familiares e financeiros, devido ao facto de haver uma grande alteração nas responsabilidades e prioridades do cuidador (Oliveira , 2025).

Esta sobrecarga do cuidador informal está associada às dificuldades e stress que esta experimenta ao longo do ato de cuidar. Este pode estar relacionado com o próprio cuidar, com agentes socioeconómicos ou a pressão intrapsíquica. As dificuldades do cuidador informal resultam, fundamentalmente, da exigência que o cuidado requer, da escassez de respostas formais e informais, de complicações financeiras e da limitação e diminuição da vida social (Cruz, Loureiro, Silva , & Fernandes , 2010).

No que toca aos impactos físicos dos cuidadores informais, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d., p. 9), declara inúmeros problemas como:

“Cansaço e fadiga, desconforto, lesões musculoesqueléticas (contracturas, dores lombares e cervicais, fraturas ósseas e hérnias, entre outras), dificuldades em dormir e descansar, capacidade diminuída de autoavaliação do estado de Saúde, sistema imunológico enfraquecido, maior risco de doenças crónicas e mortalidade”,

devido ao esforço físico depositado no auxílio da realização das AVD's da pessoa necessitada.

A patologia musculoesquelética e a dor são problemas frequentes nos cuidadores informais, possivelmente associados à exigência física depositada na realização das tarefas do cuidar. Seria vantajoso haver um acompanhamento e uma orientação por parte dos serviços de saúde aos cuidadores informais, relativamente à ergonomia, biomecânica ou cinesioterapia, pois habitualmente recebem informação insuficiente sobre esta temática (Oliveira , 2025).

Os problemas psicológicos sentidos pelos cuidadores informais são maioritariamente a depressão, preocupação, medo, ansiedade, baixa satisfação com a vida, elevada sobrecarga subjetiva e a culpa (Nicolau, 2018).

De acordo com um estudo realizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.), 88,3% dos cuidadores informais relatam que tiveram sentimentos de exaustão emocional. Nesse mesmo estudo está mencionado que os cuidadores informais têm um risco até 38% mais elevado de obter problemas de ansiedade e de 51% mais elevado de vir a desenvolver depressão, que se resume em um elevado risco de *burnout*, caso não haja qualquer suporte emocional.

Assim, é importante que exista uma reflexão cuidadosa acerca do impacto psicológico nos cuidadores informais e que seja incluído um apoio emocional, para que a qualidade de vida, tanto do cuidador como da pessoa que necessita de cuidados, possa ser mantida ou melhorada (André, Nunes, Martins, & Rodrigues , 2013).

O fator social e familiar também está altamente em risco nas pessoas que prestam cuidados informais, pois os cuidadores passam grande parte do seu tempo a cuidar da pessoa que é alvo dos seus cuidados, deixando muitas vezes a sua vida social para segundo plano.

Com isto decorrerá um isolamento social involuntário, uma menor integração nas atividades comunitárias e menor satisfação familiar e das amizades, com maior risco de conflitos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, s.d.).

O condicionamento do tempo que os cuidadores informais têm disponível para as atividades de lazer, levam frequentemente a problemas entre os membros da família, devido à frustração que, tanto os familiares como o cuidador sentem, relacionada com a ausência do elemento. Os cuidadores que além da função de cuidar apresentam outra atividade profissional, referem ter uma grande dificuldade em conciliar as várias responsabilidades e papeis. Assim, surge um conflito de papeis, que frequentemente levam ao *burnout*, que não só prejudica a qualidade de vida do cuidador, como conduz a sintomas de ansiedade e depressivos (Sousa, Gonçalves, Braz, & Sousa, 2021).

A carga financeira dos cuidadores informais é também evidente, pois muitos destes cuidadores têm de suportar os custos da medicação e transportes, e muitas vezes, simultaneamente, vêm-se na obrigação de restringir ou até mesmo abandonar a sua profissão para dedicarem o seu tempo de forma absoluta ao cuidar. Este cenário leva a um grande impacto negativo a nível financeiro e ainda na qualidade de vida destes cuidadores (Almeida E. d., 2025).

3.4 Necessidades do cuidador

O ato de prestar cuidados pode ser profundamente desgastante e, na maioria das vezes, leva a um aumento da sobrecarga e do stress no cuidador. Estes enfrentam constantemente desafios e, para passar a transição para o novo papel de forma saudável, necessitam de ser organizados e preparados de forma apropriada. Com isto, é importante que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, os coordenem, de modo a atender a suas necessidades, mantendo a saúde e bem-estar e, a continuidade dos cuidados fornecidos à pessoa que deles necessita (Melo, Rua, & Santos, 2014).

Segundo Félix (2008) citado por Paiva (2020, p. 33), as necessidades experimentadas pelos cuidadores informais derivam de diversos fatores:

“grau de dependência da pessoa cuidada; estado de saúde do cuidador; in(existência) de pessoas cuidadores complementares; ter ou não acesso a serviços de apoio; ser ou não uma situação de coabitação; poder económico; isolamento social; estar ou não empregado.”

Estes fatores auxiliam na melhor compreensão dos diferentes pontos de vista em que podem ser debatidas, e a determinar as distintas categorias.

Félix (2008) citado em Paiva (2020, p. 33), refere ainda que a classificação das necessidades de quem presta cuidados informais, pode ser feita de forma a fundamentar melhor a sua abrangência, da seguinte forma:

“necessidades de apoio ao domicílio e de ajudas técnicas; necessidades de apoio financeiro; necessidades de apoio emocional e aconselhamento; necessidade de tempo livre; necessidades de informação e formação. As necessidades de apoio ao domicílio e de ajudas técnicas referem-se ao apoio especializado nos cuidados domiciliários básicos e na adequação, procura e adaptação de ajudas técnicas ao ambiente envolvente à prestação de cuidados.”.

As necessidades de apoio financeiro existem, devido ao facto de o cuidador assumir as despesas que não têm forma de ser suportadas pela pessoa a quem presta cuidados (Félix, 2008 citado em (Paiva, 2020)).

No que toca às necessidades de apoio emocional e aconselhamento, estas referem-se à necessidade do cuidador informal pertencer a um grupo ou recorrer a um profissional, onde possa ser ouvido e compreendido, podendo esse ser também um local onde pode ser aconselhado e onde possa recolher informações (Félix, 2008 citado em (Paiva, 2020)).

O cuidador apresenta também a necessidade de tempo livre, este é encorajado a ter tempo e espaço para ele mesmo, onde possa cuidar de si, além de tempo para lazer, de maneira a contrariar o isolamento (Félix, 2008 citado em (Paiva, 2020)).

Relativamente às necessidades de informação e formação, esta decorre devido súbita transição para o papel de cuidador, perante um quadro de dependência abrupta. Assim, os cuidadores informais sentem carência de informação acerca de recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis. No enquadramento da formação dos cuidadores informais, esta seria uma aquisição importantíssima e teria como objetivo providenciar uma melhor qualidade de vida e cuidados mais eficazes, através da obtenção de conhecimentos teóricos e práticos acerca do cuidar e da doença da pessoa de quem cuida (Félix, 2008 citado em (Paiva, 2020)). É essencial criar uma conexão entre as várias equipas, que permita a preparação, apoio, treino, suporte e a partilha de informação acerca da prestação de cuidados à pessoa que necessita deles, dirigido aos cuidadores (Guedes, 2011 citado em (Paiva, Dificuldades e necessidades do cuidador informal: um estudo no município de Cantanhede, 2020)).

De modo semelhante Biliunaite *et al.* (2021) citado por Almeida (2025), refere que é imensamente necessário um apoio psicológico e prático para os cuidadores informais, pois estes vivenciam uma grande sobrecarga devido à ausência de flexibilidade de trabalho, a qual seria de extrema relevância para a conciliação do cuidado com as suas outras responsabilidades profissionais. Além disso, a ansiedade e insegurança do cuidador face ao seu papel, tem origem na falta de conhecimento prático do cuidar. O estudo do mesmo autor, mostra que mais de metade dos cuidadores informais não possuem qualquer tipo de apoio formal e que poucos dos cuidadores têm suporte psicológico.

4 Cuidador informal de doentes portadores de esquizofrenia

4.1 Literacia em saúde mental dos cuidadores informais

A definição de literacia em saúde, segundo Cavaco & Várzea (2010, p. 179), é *“a capacidade individual de obter, processar e interpretar informações sobre saúde e serviços de saúde, com o objectivo de tomar decisões informadas”*.

Assim quem apresenta nível de literacia em saúde baixo, tem dificuldade em perceber o modo de comunicar a informação em saúde e, conseqüentemente, terá dificuldade em identificar e perceber os fatores de risco, atuar de acordo com a informação fornecida e em usar os serviços de saúde de maneira pertinente e apropriada (Pedro *et al.*, 2016 citado por (Domingos, 2022)).

Com o intuito de salientar a importância da saúde mental, que era desprezada, Jorm *et al.* (1997) citado por Domingos (2022), estabeleceu a definição da literacia em saúde mental como a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e causas; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental.

De acordo com a literatura, a definição de literacia em saúde mental também pode ser: noções e crenças sobre as perturbações de foro mental que contribuem para a sua identificação, gestão e prevenção (Jung, Sternberg, & Davis, 2016).

Com isto, verificamos que as pessoas com alto nível de literacia em saúde mental têm a capacidade de reconhecer os primeiros sintomas, detetar a doença mental, recorrer, numa fase prematura da doença, aos recursos essenciais para o tratamento apropriado da mesma e têm conhecimento para não estarem de acordo com os estigmas e os mitos da doença mental (Domingos, 2022).

Em contrário, as pessoas com baixo nível de literacia em saúde mental, não apresentam a capacidade de reconhecer os sintomas e de detetar a doença mental, como os que têm um alto nível de literacia em saúde mental. Além disso, também não apresentam competência para pesquisar informação sobre os serviços de apoio existentes, o que os leva a socorrer-se em recursos negativos e a não realizar ou realizar um tratamento inadequado, o que pode levar a suicídio ou homicídio (Junge *et al.*, 2016 citado por (Domingos, 2022)).

A literacia em saúde engloba conhecer e compreender os elementos seguintes: A doença, incluindo o que é e quais são as suas causas e sintomas; Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; Os planos de intervenção

existentes; Como cuidar e conviver com uma pessoa portadora de doença mental; Os apoios que existem; As aptidões sociais, empatia e tipo de comunicação que deve possuir; Confiança e autonomia (Goldsmith & Terui, 2018 citado por (Domingos, 2022)),

Assim, podemos concluir que, na maioria das situações, o estigma e a baixa procura de ajuda em problemas de saúde mental estão associados a níveis baixos de literacia em saúde mental e que, além disso leva a um tratamento inadequado das mesmas (Domingos, 2022).

Estudos mostram que a literacia em saúde tem aumentado ao longo do tempo, levando a uma menor discriminação e menos crenças erradas sobre as doenças mentais, consequentemente conduzindo a mais tratamentos apropriados e maior flexibilidade de recursos para estas doenças (Mehrotra *et al.*, 2018 citado por (Domingos, 2022)).

4.2 Principais dificuldades dos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia

Os cuidadores informais, particularmente os que prestam cuidados a familiares com problemas mentais, passam por várias dificuldades que interferem com a sua saúde emocional, física e financeira, que levam a uma sobrecarga significativa nestes cuidadores (Almeida E. d., 2025).

Relativamente aos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia, as dificuldades parecem alcançar uma maior proporção. Estes cuidadores enfrentam um peso emocional significativo, que se manifesta por sintomas de ansiedade, depressão, e, frequentemente, isolamento social, além de lidarem com insónia e exaustão, devido à rotina exaustiva de cuidado (Stanley & Balakrishnan, 2023 citado por (Almeida E. d., 2025)).

Os cuidadores de doentes portadoras de esquizofrenia, comparados com os cuidadores de pessoas com outras doenças, reconhecem menos benefícios no desempenho do seu papel, apesar de serem assinalados vários pontos positivos, como o fortalecimento da relação com o paciente (Almeida E. d., 2025).

Outra grande dificuldade sentida pelos cuidadores informais de doentes portadoras de esquizofrenia é a insegurança relativamente aos cuidados prestados, devido à falta de formação e conhecimento acerca da doença e de como enfrentar as complexidades dessa doença diariamente (Stanley & Balakrishnan, 2023 citado por (Almeida E. d., 2025)).

Dentro das dificuldades psicológicas, ainda se verificam os sentimentos de medo, culpa e desespero, ao longo do desenvolvimento da doença, e, principalmente, quando se verifica uma fase aguda da doença, sendo muito

importante que o cuidador tenha formação de como atuar nessa situação e capacidade para aceitar e controlar os comportamentos do doente (Bastos, 2015).

Devido aos custos dos tratamentos da esquizofrenia, da medicação diária do doente e dos transportes para as consultas, levam a dificuldades económicas do cuidador informal, além da redução de remuneração devido à ausência de tempo e disponibilidade para exercer uma atividade profissional e das despesas devido a possíveis danos físicos causados pelo doente em quadros mais agudos (Bastos, 2015).

Foi ainda detetado que há um aumento da complexidade dos cuidados e dos impactos negativos na vida social e na autoestima destes cuidadores informais, quando existe um agravamento da situação clínica do doente portador de esquizofrenia (Almeida E. d., 2025).

Assim, percebemos que as dificuldades dos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia, estão interligados à sobrecarga física, emocional e financeira, e com a escassez de apoios e de preparação para cuidar (Paninho, Silva , & Ramos , 2023).

Com isto, torna-se evidente a importância de perceber as dificuldades dos cuidadores informais e planear estratégias para diminuir os impactos negativos da sobrecarga, além da necessidade de apoios financeiros, psicológicos, serviços de formação sobre a esquizofrenia e ainda a instrução de medidas de autocuidado, para que estes cuidadores desempenhem o seu papel de forma mais segura, equilibrada e com maior qualidade de vida, tanto para ele, como para o doente de quem cuida (Almeida E. d., 2025).

5 *Burnout*

5.1 Definição

O *burnout* começou a destacar-se em 1974, quando o Psicanalista Herbert Freudenberger o descreveu como uma condição de exaustão física e emocional relacionado com o empenho excessivo numa atividade, relação ou estilo de vida que acaba por não corresponder às expetativas da pessoa (Neto, 2022).

As primeiras observações do psicanalista surgiram quando ele estava a trabalhar como psiquiatra numa clínica comunitária em Nova Iorque, onde observou que vários profissionais de saúde apresentavam diferenças ao longo dos anos de trabalho. Diferenças essas que eram manifestadas por *“perda de energia, de idealismo e de empatia com os pacientes, além de exaustão, ansiedade, depressão e desmotivação no trabalho”* (Guedes, 2020, p. 11).

Na década de 80, em 1981, a psicóloga Christina Maslach e a investigadora/professora Susan Jackson restringiram o *burnout* apenas a profissionais em que o seu trabalho exigia contacto direto e contínuo com outras pessoas. No decorrer do mesmo ano, juntamente com o psicólogo Michael Leiter, desenvolveram e evoluíram a definição de *burnout*, e caracterizaram-na como uma síndrome psicológica composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Guedes, 2020).

Em 1997, desenvolveram então o conceito de *burnout* deixando de o associar exclusivamente às profissões centradas no contacto com as pessoas. Reestruturaram-no como uma *“crise nas relações com o trabalho e não necessariamente uma crise com relações interpessoais no trabalho”* (Costa & Correia, 2022, p. 8).

No começo, as pessoas pensavam que este problema do *burnout* só acontecia apenas com profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. No entanto, com o passar do tempo, verificou-se que o *burnout* pode também afetar trabalhadores de diversas áreas profissionais (Neto, 2022). A evolução do conceito de *burnout* criou a necessidade de atualização da sua definição, ficando descrito como uma condição determinada pela exaustão, atitudes negativas em relação ao trabalho e diminuição de competência e realização profissional (Guedes, 2020).

Ao longo do tempo, a ligação da pessoa à sua atividade profissional vai-se deteriorando. O entusiasmo inicial desaparece e surge sentimentos de evitamento em relação ao ambiente de trabalho e às interações profissionais. Simultaneamente, aparece também o sentimento de incapacidade para o desempenho das suas funções no trabalho (Neto, 2022).

Em janeiro de 2022, o *burnout* foi reconhecido oficialmente pela OMS como um fenómeno ocupacional e não como uma doença ou condição de saúde,

entrando assim na Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-11) (OPAS, 2019).

Segundo a CID-11, a síndrome de *burnout* é atribuída à categoria “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contacto com serviços de saúde” como “problemas associados a emprego ou desemprego”, identificando-se com o código QD85 e onde é definida por:

“O esgotamento (“burnout”) é uma síndrome conceituada como resultante de estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi bem manejado. É caracterizada por três dimensões: 1) sensação de falta de energia ou exaustão; 2) aumento da distância mental em relação ao próprio trabalho, ou sentimentos negativos ou cínicos relacionados ao próprio trabalho; e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização. O esgotamento se refere especificamente a fenômenos no contexto de trabalho e não deve ser utilizado na descrição de experiências em outras áreas da vida” (OMS, 2026).

5.2 Manifestações Clínicas e Consequências

Segundo o estudo realizado e publicado na Brazilian Journal oh Health Review em 2021, conseguimos verificar e concluir que os sintomas da síndrome de *burnout* estão organizados em grupos de sintomatologia, nomeadamente, físicos, psicológicos e comportamentais. A nível físico, salientam-se a fadiga, dores musculares e articulares, distúrbios do sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais e alterações do sistema imunitário. Podendo também haver disfunções sexuais e alterações do ciclo menstrual. Relativamente às manifestações psicológicas e devido à exaustão emocional e ao sentimento de desvalorização pessoal característico do *burnout*, referimos sintomas como labilidade emocional, dificuldades de memória e concentração, lentificação do pensamento, sentimentos de distanciamento e sintomas depressivos. Algumas pessoas podem ainda apresentar pensamentos paranoides e maior vulnerabilidade emocional. Todas estas manifestações acabam por influenciar e alterar o comportamento da pessoa com *burnout*, observando-se maior irritabilidade, dificuldade em relaxar, perda de motivação e iniciativa, podendo acontecer um aumento de consumo de álcool e tabaco como forma de lidar com o sofrimento emocional (Caixeta, et al., 2021).

Caixeta, et al. (2021), concluíram também que as consequências do *burnout* não se resumem somente à vida pessoal, pois comprometem ainda as relações afetivas com amigos, familiares e vida conjugal. Além disso, causam repercussões a nível laboral, nomeadamente, comprometimento da qualidade do trabalho prestado, demissões e afastamentos da atividade profissional (Caixeta, et al., 2021).

5.3 Dimensões do *burnout*

Tal como já foi referido, Christina Maslach desenvolveu o *burnout* em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

A exaustão emocional corresponde a uma situação de desgaste e sobrecarga emocional intensa. O excesso de trabalho e as tensões relacionais no ambiente laboral são umas das principais causas deste desgaste. As pessoas sentem-se física e emocionalmente cansadas, sem serem capazes de recuperar, de enfrentar novas responsabilidades ou de prestar auxílio a outras pessoas. A vertente da exaustão emocional é a dimensão afetiva do *burnout* (Maslach & Goldberg, 1998, citado por (Neto, 2022)).

A despersonalização caracteriza-se por um afastamento emocional, uma relação de frieza, falta de empatia e negativismo para com os outros. Tudo isto, muitas das vezes, é acompanhado por uma diminuição do idealismo profissional. Estas atitudes podem surgir em consequência à exaustão emocional prolongada, sendo usadas inicialmente como um mecanismo de proteção manifestado pelo distanciamento afetivo. No entanto, toda esta situação e indiferença pode evoluir para uma postura mais desumanizada. Esta dimensão é a componente interpessoal do *burnout* (Maslach & Goldberg, 1998, citado por (Neto, 2022)).

A realização pessoal é a componente em que é observada uma diminuição. A pessoa tem a perceção que há uma depreciação sobre o seu trabalho, e que as suas competências e eficácias estão reduzidas. Estes sentimentos estão frequentemente relacionados com sintomas depressivos e com a dificuldade em corresponder às exigências laborais. Podem também ser influenciados pela ausência de apoio social e pela falta de oportunidades de crescimento e desenvolvimento no trabalho. (Maslach & Goldberg, 1998, citado por (Neto, 2022)).

5.4 Avaliação do *burnout* – Escala Maslach Burnout Inventory

A escala mais utilizada para avaliar o risco e o rigor do *burnout* é a Maslach Burnout Syndrome Inventory (MBI), considerada a referência para esta síndrome. Esta escala foi desenvolvida por Maslach e Jackson em 1981, existindo assim a sua primeira versão dirigida aos profissionais de saúde (HSS - Human Services Survey) e composta por 22 itens de avaliação. Posteriormente, foram desenvolvidas outras versões, nomeadamente, dirigida a profissionais da educação também com 22 itens, e uma versão mais curta com 16 itens destinada às outras áreas profissionais (Maroco & Tecedreiro, 2009).

As três dimensões do *burnout* estão relacionadas entre si e são usadas como critérios de avaliação nas escalas MBI. Cada dimensão tem os seus temas e as respetivas questões. Na MBI – HSS, a exaustão emocional (EE) é composta por 9 questões e refere-se à “fadiga, frustração e à energia emocional reduzida”. A despersonalização (DP) tem 5 questões e comprova as consequências do distanciamento emocional e afetivo face aos utentes ou clientes. A realização

peçoal (PA) é formada por 8 questões e avalia a percepção de competência e de satisfação com o desempenho profissional (Anexo 3) (Guedes, 2020).

A MBI não tem uma pontuação total, mas pode designar o grau de *burnout* como alto, moderado ou baixo, segundo a pontuação de cada dimensão.

“Um grau de burnout considerado alto é definido por pontuações altas de EE e de DP e um valor baixo de PA. Um nível moderado resulta de pontuações intermédias nas três subescalas. Um nível baixo é representado por uma pontuação baixa de EE e de DP e um valor alto de PA” (Guedes, 2020, p. 19).

Embora existam também outros métodos e escalas disponíveis para avaliação do *burnout*, o MBI distingue-se por incluir a dimensão do distanciamento emocional nas relações interpessoais (Guedes, 2020).

5.5 Diferença entre *burnout*, stress e sobrecarga

O conceito de sobrecarga é frequentemente associado ao termo inglês *burden*, designando-se por um conjunto de dificuldades e exigências, havendo impacto quando os recursos individuais e a capacidade de adaptação são insuficientes para responder às responsabilidades impostas. Quando este estado persiste e se torna intenso, podem surgir consequências como alterações emocionais, desgaste psicológico e problemas de saúde física. Este desgaste persistente favorece o aparecimento da principal dimensão do *burnout*, a exaustão emocional (Martins, 2016).

O conceito de stress é frequentemente utilizado no nosso dia a dia para descrever alguns tipos de situações. No entanto, a sua definição tem tido algumas diferenças ao longo dos anos, tanto no meio científico como na população em geral. O *“Stresse deriva do latim strictus, que significa aperto ou constricção.”* (Frasquilho, 2005, p. 435).

O stress pode ser compreendido como uma reação global e inespecífica do organismo, resultante de estímulos internos ou externos, ameaçadores ou desafiantes, geralmente de curta duração. Podem ser considerados dois níveis de stress, um benéfico designado por eustresse, e um nível negativo designado por distresse. O eustresse está associado à motivação, bem-estar, produtividade e ao bom desempenho pessoal e profissional. O distresse apresenta sintomas como fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, desmotivação, diminuição da produtividade e alterações do estado emocional e físico (Frasquilho, 2005).

No começo, a pessoa manifesta elevados níveis de motivação, dedicação e entusiasmo pelo trabalho, acompanhados de atitudes positivas e elevado investimento pessoal e profissional. No entanto, ao longo do tempo, as exigências vão permanecendo, mas as expectativas não são correspondidas, e aí surge como consequência, sinais de desgaste físico e emocional, como a fadiga, desmotivação, frustração, pessimismo e diminuição da satisfação profissional. Com o continuar

deste estado de stress, formam-se atitudes de distanciamento emocional, irritabilidade, isolamento, existindo também uma redução da produtividade e um aumento da probabilidade de erros. Numa fase mais avançada, caracterizada por exaustão intensa, perda de interesse pelo trabalho, sentimentos de incapacidade e desvalorização pessoal, podendo mesmo ocorrer o abandono da atividade profissional, designamos por *burnout*. Este representa a consequência mais grave e duradoura de um estado contínuo de stress no contexto laboral (Frasquilho, 2005).

Os três conceitos, stress, sobrecarga e *burnout*, acabam por estar interligados. A sobrecarga representa um excesso de exigências que acabam por desencadear o stress como uma resposta adaptativa. Quando este stress se transforma num estado prolongado e mal gerido, origina um desgaste progressivo. Surge assim o *burnout*, como fase final deste processo contínuo.

6 ***Burnout*** nos cuidadores informais

O cuidar de uma pessoa dependente não se restringe apenas à satisfação das necessidades básicas do doente, também é garantir o seu bem-estar, segurança e acompanhamento permanente. Tudo isto exige do cuidador elevados níveis de atenção, responsabilidade e disponibilidade, constituindo um trabalho complexo e exigente, geralmente assumido por familiares que se dedicam não só fisicamente, mas também emocional e psicologicamente. Estas exigências ao cuidador, associadas com a sobrecarga e stress do dia-a-dia e a dificuldade em conciliar os cuidados com a vida pessoal e social, podem originar o aparecimento de exaustão física e emocional. O cuidador pode também começar a sentir sintomas de ansiedade e depressão (Pereira T. , 2020).

Todo este trabalho dos cuidadores informais pode ter consequências na vida dos mesmos, tais como, limitação das atividades sociais e de lazer, afetando assim as relações pessoais. Perante a dificuldade de conciliar este cuidado com o seu trabalho, muitos cuidadores acabam por reduzir a carga horária no trabalho, ou até mesmo, abdicar da sua atividade profissional, acabando por colocar a sua vida pessoal, afetiva e social para segundo plano. Há também consequências a nível do bem-estar físico e psicológico do cuidador originadas pela sobrecarga, nomeadamente alterações do sono, dificuldades de descanso e problemas relacionados com a saúde física e emocional (Pereira T. , 2020).

“Também o envolvimento reiterado que este tipo de cuidar exige leva a uma redução do tempo disponível para os cuidadores cuidarem de si, o que leva a uma disrupção da vida pessoal e social e consequentemente a uma degradação da qualidade de vida” (Coelho, 2018, p. 14).

A prestação contínua destes cuidados tem impacto negativo nas diferentes dimensões da vida do cuidador, resultando em dificuldades por parte do mesmo, especificamente o sentimento de sobrecarga. Esta pode ser entendida em duas dimensões, a objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva indica as exigências da prestação de cuidados, segundo a gravidade e tipo de dependência da pessoa cuidada, e também as repercussões que pode haver nas várias áreas da vida pessoal, profissional e familiar do cuidador. Por sua vez, a sobrecarga subjetiva refere-se à forma como o cuidador vive, reage e sente estas exigências tão faladas. Concluindo assim que, diferentes cuidadores expostos às mesmas (ou semelhantes) condições objetivas, podem demonstrar diferentes dimensões subjetivas da sobrecarga, pois, cada indivíduo lida com as exigências de forma diferente (Coelho, 2018). *“Verifica-se que, à medida que a sobrecarga do cuidador aumenta, também se intensifica a exaustão emocional, considerada a principal dimensão do Burnout”* (Pereira T. , 2020, p. 8).

Este processo de cuidar de uma pessoa dependente contribui para o desenvolvimento de elevados níveis de stress no cuidador informal, havendo claramente um desequilíbrio entre as exigências impostas e os recursos disponíveis do cuidador para lhes dar resposta. Neste contexto, os fatores que desencadeiam

o stress podem-se dividir em stressores primários e secundários. Os primários referem-se à prestação de cuidados diretos e à suas necessidades objetivas, enquanto que os secundários mencionam impactos do cuidar, nomeadamente a nível profissional, familiar, social e económico. A continuação e permanência de elevados níveis de stress relacionados à prestação de cuidados, pode impulsionar o aparecimento de *burnout* (Coelho, 2018).

Tal como já foi referido, a continuidade dos cuidados a uma pessoa dependente é um processo exigente para o cuidador, podendo originar o isolamento, o desgaste e a sobrecarga emocional, física e também financeira. Nos casos em que este cuidado é prestado a pessoas em situação de fragilidade física e emocional, o cuidador acaba por realizar uma entrega emocional ainda maior, aumentando assim as exigências e a vulnerabilidade do cuidador desenvolver *burnout* (Coelho, 2018). “Na perspetiva de Maslach e Jackson (1981), quando um cuidador se encontra em *Burnout*, a prestação de cuidados pode ser comprometida.” (Pereira T. , 2020, p. 8).

6.1 Fatores Predisponentes

6.1.1 Relacionados com o cuidador

No que diz respeito aos fatores relacionados com o cuidador, existem diversas características individuais que podem influenciar a forma como este gere as exigências do processo do cuidar, possibilitando ou não o aparecimento do *burnout*. Características essas em que se destacam a idade, género, estado civil, nível de escolaridade, estado de saúde física e psicológica e a capacidade de gerir situações de stress.

Coelho (2018), refere que a idade mais jovem é mais provável de vir a desenvolver *burnout*, o que poderá estar associado ao facto de terem menos experiência na gestão de situações de elevada exigência emocional e à necessidade de conciliarem a prestação de cuidados com outras responsabilidades pessoais, familiares e profissionais. Relativamente ao estado civil, é mais propício aos cuidadores solteiros, comparativamente aos casados ou divorciados. Isto deve-se ao facto de haver menores redes de apoio social e familiar, assim como a ausência de partilha de responsabilidades do processo do cuidar.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, indica-se valores mais elevados de *burnout* aos cuidadores com maior nível de estudos (Coelho, 2018). No entanto, a literatura não apresenta resultados consensuais relativamente a este fator predisponente. Um cuidador informal com maior escolaridade, apresentará uma maior consciencialização acerca da doença, das suas implicações e exigências, levando a uma perceção mais acentuada da sobrecarga.

Existem também determinados traços de personalidade que têm um papel relevante na probabilidade de vir a desenvolver o *burnout*, nomeadamente baixos

níveis de autoestima, a perceção de menor controlo sobre os acontecimentos e a opção por estratégias de evitamento perante situações de stress. Verifica-se também uma maior prevalência no género feminino, devido ao facto de acumularem esta responsabilidade com outras funções familiares e profissionais (Coelho, 2018).

O prolongamento das exigências da prestação de cuidados pode afetar o bem-estar físico e psicológico. É frequente o aparecimento de sintomas de desgaste, como fadiga física e mental, perturbações do sono, ansiedade, sintomas depressivos e stress persistente. Tudo isto tende a piorar quando o cuidador informal tem poucos recursos emocionais para enfrentar os desafios deste cuidar. Para além disto, a motivação também influencia o bem-estar do cuidador, pois se este papel for assumido por obrigação ou ausência de alternativas, há uma maior vulnerabilidade ao *burnout* (Rodrigues, 2012).

6.1.2 Relacionados com a prestação de cuidados

Quanto aos fatores relacionados com a prestação de cuidados, a duração e a intensidade das responsabilidades assumidas são um dos elementos mais importantes para desencadear o *burnout*. A prestação de cuidados durante longos períodos, envolvendo várias horas diárias dedicadas ao cuidar, a dependência da pessoa cuidada nas AVD's, tal como a necessidade de vigilância constante e o tempo de descanso reduzido, afetam a qualidade de vida do cuidador, aumentando assim a sua sobrecarga. Quanto mais prolongado for o período com estas exigências, maior será o desgaste físico e emocional associado ao cuidador informal (Paixão, 2014).

6.1.3 Relacionados com os fatores familiares, sociais e económicos

Relativamente aos fatores sociais e económicos, todo este processo de exigências pode levar à diminuição da participação em atividades sociais e de lazer, favorecendo assim o isolamento social, limitando as oportunidades de convívio e descanso. Simultaneamente, poderá haver a necessidade da redução da carga horário ou mesmo o abandono do emprego, levando assim a dificuldades económicas e instabilidade financeira (Pereira T., 2020).

Nogueira (2019), acrescenta ainda que, no que diz respeito aos fatores familiares, a qualidade do suporte recebido desempenha um papel importante na experiência do cuidador informal. Quando este apoio por parte da família é insuficiente, existindo conflitos familiares e uma distribuição desigual das responsabilidades associadas ao cuidar, verifica-se um aumento da sobrecarga física e emocional do cuidador. Por outro lado, a presença de redes de apoio eficazes e de relações familiares mais satisfatórias constitui um fator importante na diminuição da sobrecarga e prevenção do *burnout*.

7 *Burnout* em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia

7.1 Prevalência

Segundo o estudo de Bequis-Lacera, *et al.* (2019), realizado na cidade de Bogotá, mais de metade dos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia (63%) sentem algum tipo de sobrecarga. A sobrecarga física é sentida por 66% dos cuidadores, a sobrecarga emocional por 45% e a sobrecarga da saúde em geral é sentida por 35%.

No estudo realizado em Durango, no México, por Mata, Ramírez, Serrano, & Estrada (2024), 47,1% dos familiares que desempenham o papel de cuidador informal apresentam sobrecarga, enquanto apenas 33,3% não apresentam sobrecarga.

Noutro estudo realizado por Gonçalves-Pereira (2010), verificou-se que muitos dos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia apresentam grandes níveis de stress, 83,3% deles devido à preocupação com o futuro da pessoa de quem cuida e 78,7% devido à preocupação com a competência de subsistência do mesmo no futuro (Pereira V. , 2015).

Esta incerteza sobre o futuro e os sentimentos que isso provoca nos cuidadores informais, resultam numa exposição diária a stress elevado, também estimulado pelo comportamento do doente, estigma, presença de sintomas psicóticos e níveis de sobrecarga emocional muito elevados (Santos, 2011 citado por (Pereira V. , 2015)).

Estes níveis de stress e sobrecarga resultam, muitas vezes, na síndrome de *burnout*, que é caracterizada pela exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

No estudo de Léon, Ugalde, & Gabriel (2026), averiguou-se que existe uma prevalência da síndrome de *burnout* de 23,2% em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia. 49,5% deles apresentam elevados níveis de exaustão emocional e que 62,6% apresentam elevada despersonalização e reduzida realização pessoal.

Com isto, constatamos que existe uma grande prevalência de cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia que sofrem de altos níveis de stress, elevados níveis de sobrecarga e consequentemente da síndrome de *burnout*.

7.2 Consequências do *burnout* nos cuidadores: Problemas de saúde mental, Problemas físicos, Diminuição da qualidade dos cuidados prestados

As três dimensões do *burnout*, como referido anteriormente, são a exaustão emocional, a despersonalização e falta de realização pessoal (Maslach *et al.*, 2001 citado por (Coelho, 2018)).

Dessas três, a mais sentida e referida pelos cuidadores informais é a exaustão emocional (Coelho, 2018).

À medida que a exaustão emocional aumenta, pode ocorrer a despersonalização, levando a que o cuidador apresente uma postura mais distante e indiferente com a pessoa a quem presta cuidados. Esta exaustão emocional leva ainda a que a realização pessoal, a autoestima e a capacidade do cuidador informal de interagir com o outro, diminua drasticamente, o que influencia negativa e diretamente o seu desempenho como cuidador informal e a relação com o doente (Maslach, 2020 citado por (Costa & Correia, 2022)).

Um cuidador informal encontra-se em constante sofrimento, tanto físico como psicológico, quando alcança a fase de *burnout* ou exaustão profissional. Os sintomas físicos mais comuns da exaustão profissional são: “*insónia, falta de energia, hipertensão, perda de apetite, enxaquecas e náuseas.*” (Delbrouck, 2006 citado por (Costa I. A., 2009, p. 51)). Já os sintomas emocionais e psicológicos são:

“*Irritabilidade, negação dos insucessos, esquecimento de si, perda do sentido de humor, insegurança, insatisfação, diminuição da auto-estima, sentimento de culpa, distração, perda de memória, atitude negativa.*” (Delbrouck, 2006 citado por (Costa I. A., 2009, p. 51)).

Assim, percebemos que ser cuidador informal de um doente portador de esquizofrenia é um trabalho que requer um elevado esforço físico e psicológico/emocional, sendo necessárias adaptações constantes. É ainda um trabalho muito stressante e, conseqüentemente, desgastante devido à sua imprevisibilidade, que exige uma grande maturidade emocional (Costa I. A., 2009).

8 Papel do Enfermeiro

8.1 Identificação das necessidades do cuidador

O enfermeiro constitui um papel fundamental na avaliação não só das necessidades da pessoa cuidada, como também na identificação nas necessidades físicas, sociais e familiares do cuidador informal. Para tal, é importante compreender as dificuldades, capacidades e recursos disponíveis do cuidador para podermos reconhecer a sua total situação. Esta avaliação, sendo uma intervenção de enfermagem tem como intuito, reconhecer sinais de sobrecarga, exaustão emocional e dificuldades na gestão das exigências do quotidiano. Sendo assim, é possível implementar intervenções adequadas às necessidades do cuidador, com o objetivo de prevenir situações de maior vulnerabilidade (Correia M. d., 2019).

O desempenho da função do cuidador informal implica, na maioria das vezes, mudanças na vida pessoal, familiar e social, exigindo assim a aquisição de competências para as quais nem sempre existe preparação prévia. Esta falta de informação pode dificultar a adaptação à nova realidade de exigências. Neste contexto, é importante que o enfermeiro identifique as dificuldades e necessidades do cuidador para que possa apoiar e implementar intervenções que desencadeiem o desenvolvimento das suas competências, e facilitem o desempenho desta função (Capela , 2013). De acordo com Capela (2013), a elaboração de programas estruturados de educação e suporte dirigidos ao cuidador, favorecem todo este processo de cuidar, diminuindo a sobrecarga do cuidador.

A existência de uma rede de suporte ao cuidador informal é muito importante neste processo, uma vez que o apoio familiar, social e comunitário influencia toda a sua experiência e como se adapta à nova responsabilidade. A inexistência ou fraqueza deste recurso pode contribuir para um maior desgaste físico e emocional, aumentando assim a vulnerabilidade do cuidador (Ferreira, Cordeiro, & Sarreira-de-Oliveira , 2020). Segundo Ferreira, Cordeiro, & Sarreira-de-Oliveira (2020), as respostas de apoio disponibilizadas aos cuidadores continuam a ser insuficientes face a todas as suas necessidades. Sendo assim, como enfermeiros, reconhecemos estas situações como maior fragilidade e planeamos intervenções o mais adequadas possível.

8.2 Educação para a saúde

Segundo Pereira e Veiga (2014), a educação para a saúde procura dar conhecimento, competências e recursos suficiente aos indivíduos, famílias e comunidades para que eles possam tomar decisões informadas relativamente à sua saúde. Através deste conhecimento, adquirem capacidades para compreender, agir e modificar fatores que influenciam o seu estado de saúde. Estes ensinamentos reforçam os comportamentos saudáveis, o aumento da autonomia e a melhoria da qualidade de vida. Tal como já foi referido, este processo educativo é importante

no contexto do cuidador informal, para que este seja capaz de ter conhecimento e orientação suficiente para lidar com as exigências e os desafios do dia-a-dia (Capela , 2013).

Neste contexto, é fundamental que o enfermeiro aborde temas relacionados com a gestão de stress, o autocuidado, os recursos de apoio disponíveis e os cuidados à pessoa dependente. Muitos dos cuidadores informais referem dificuldades na falta de conhecimentos em áreas como a *“alimentação, os cuidados de higiene, as transferências e mobilizações, os posicionamentos, a prevenção por úlceras e a gestão do regime terapêutico”* (Ferreira, Cordeiro, & Sarreira-de-Oliveira , 2020, p. 48). Assim, todos os conhecimentos e estratégias para estes problemas vão promover uma maior confiança e uma participação mais segura e eficaz do cuidador. Simultaneamente, estas intervenções irão contribuir para a manutenção do bem-estar físico e emocional do cuidador, sendo esta uma das maiores consequências do processo do cuidar (Capela , 2013); (Ferreira, Cordeiro, & Sarreira-de-Oliveira , 2020); (Paninho , 2023).

8.3 Promoção do insight para a doença

A promoção do insight para a doença no cuidador informal tem como objetivo desenvolver uma melhor perceção da parte deste, sobre a condição clínica e os comportamentos da pessoa cuidada. Este processo não se resume apenas à aprendizagem de conhecimentos sobre a doença, contribuindo também para uma melhor compreensão e interpretação dos comportamentos e das situações vivenciadas no quotidiano.

Segundo Capela (2013), quando não há uma compreensão adequada sobre a condição clínica, o cuidador tende a interpretar certos comportamentos e atitudes da pessoa cuidada como intencionais ou pessoais, o que pode provocar conflitos familiares, frustração e desgaste emocional. Um maior conhecimento sobre a doença contribui para que não hajam interpretações incorretas, facilitando a adaptação às exigências associadas ao processo do cuidar.

Neste contexto, o enfermeiro ajuda o cuidador a realizar uma certa interpretação dos comportamentos relacionados com a doença, tendo assim uma perceção mais realista da situação. Esta compreensão contribui para uma relação mais equilibrada entre o cuidador e a pessoa cuidada. Trata-se de uma intervenção essencial no processo do cuidar, pois vai permitir reduzir o impacto emocional negativo, promovendo maior equilíbrio e estabilidade na dinâmica familiar (Correia M. d., 2019); (Paninho , 2023).

Deste modo, a promoção do insight para a doença no cuidador informal é importante no processo do cuidar, uma vez que reduz a sobrecarga emocional, e consequentemente, a vulnerabilidade ao desenvolvimento de *burnout*.

9 Estratégias de Intervenção Psicológica

9.1 Como prevenir o *burnout* nos cuidadores informais

As intervenções de enfermagem não se devem limitar ao doente portador de esquizofrenia, deve incluir a sua família como unidade de cuidados.

Os cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia, como temos vindo a falar ao longo dos capítulos, possuem um risco elevado de desenvolver *burnout* e para isso podemos, enquanto enfermeiros, dar-lhes algumas estratégias necessárias para prevenir o seu aparecimento.

Segundo Capela (2013), o cuidador que tem uma rede de suporte social é mais eficiente na gestão de episódios de crise dos seus familiares e uma grande proteção contra o seu próprio stress.

Como estratégias preventivas de *burnout* nos cuidadores, como enfermeiros, podemos proporcionar à família toda a informação sobre a doença e esclarecer qualquer dúvida que estes possam ter, aumentar a capacidade de resolução de problemas e incentivar a participação em atividades sociais (Capela, 2013).

9.2 Psicoeducação

A psicoeducação destaca-se como uma das intervenções mais eficazes no apoio a cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia. Na prática, traduz-se na partilha estruturada de informação essencial sobre a doença, desde a sua compreensão, à perceção dos sintomas, tratamento, até à identificação dos gatilhos que desencadeiem recaídas e por sua vez desenvolvimento de estratégias de *coping* (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

Esta intervenção permite aumentar o conhecimento sobre a esquizofrenia, melhorar a capacidade de resolução de problemas e reduzir a sobrecarga associada ao papel de cuidador (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

Além disso, os programas psicoeducativos promovem uma maior sensação de controlo, competência e autoeficácia na gestão das situações do quotidiano relacionadas com a doença mental (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

9.3 Terapia cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental, tem-se consolidado como um recurso valioso no apoio aos cuidadores informais, tendo um impacto significativo na redução dos níveis de stress e sobrecarga emocional (Encinas-Monge, Hindalgo-fuentes, Cejalvo, & Martí-Vilar, 2024).

O principal foco desta intervenção passa por ajudar o cuidador a identificar e a desconstruir pensamentos disfuncionais, muitas vezes ligados a sentimentos de culpa, responsabilidade excessiva ou frustração por incapacidade, substituindo-os por padrões de pensamento mais realistas e adaptativos (Encinas-Monge, Hindalگو-fuentes, Cejalvo, & Martí-Vilar, 2024).

Mais do que reestruturar a mentalidade, a TCC foca-se na prática. Tem a principal função de dotar os cuidadores de ferramentas concretas de *coping* e estratégias para a resolução de problemas diários, promove uma adaptação muito mais saudável às exigências da rotina de cuidados, com um impacto direto na melhoria da sua qualidade de vida (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

9.4 Gestão Emocional

O enfermeiro pode apoiar o cuidador no desenvolvimento de estratégias de coping mais adaptativas, como planeamento, resolução de problemas, procura de suporte, pausa terapêutica, técnicas de relaxamento e reestruturação de pensamentos disfuncionais. Estas competências ajudam a lidar com o desgaste do quotidiano e a reduzir o risco de exaustão (Sequeira, 2010)

A regulação emocional é igualmente central. Os cuidadores lidam frequentemente com medo, tristeza, culpa, irritação e ambivalência, sendo importante validar estas emoções e ajudá-los a expressá-las de forma segura (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

A literatura recente mostra que melhores estratégias de coping e maior apoio emocional se associam a menor carga do cuidador em famílias de pessoas com esquizofrenia (Hansen, Pallesen, Fjorback, Bjerrekaer, & JUUL, 2022).

O suporte emocional oferecido pelo enfermeiro, através de escuta terapêutica, presença, validação e orientação, pode ter impacto significativo na experiência do cuidador. Sentir-se ouvido e compreendido reduz isolamento e favorece confiança na relação com os serviços de saúde (Sequeira, 2010).

10 Teorias de Enfermagem

10.1 Teoria do Défice de Autocuidado por Dorothea Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem sustenta que o ser humano possui capacidade e responsabilidade para cuidar de si próprio, de forma a satisfazer os requisitos necessários à manutenção da saúde e do seu bem-estar. Orem parte do princípio de que o autocuidado é essencial para o bem-estar da própria pessoa. Quando a capacidade de autocuidado é inferior às exigências existentes, surge um défice de autocuidado e a enfermagem torna-se necessária (Santos, Bittencourt, Beserra, & Nóbrega, 2022); (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Aplicada ao cuidador informal de um doente portador de esquizofrenia, esta teoria permite reconhecer que o ato de cuidar de uma pessoa com esquizofrenia pode conduzir à negligência das próprias necessidades (Paiva, 2020). O cuidador pode adiar o descanso, alimentação adequada, momentos de lazer, acompanhamento de saúde e gestão emocional, entrando num ciclo em que a energia investida no outro compromete o seu cuidado. Ou seja, o cuidador tende a priorizar a pessoa de quem cuida ao invés de si mesmo, o que pode comprometer o seu equilíbrio físico e psicológico (Paiva, 2020); (Porto, 2021).

Deste modo, o papel do Enfermeiro é fundamental no apoio e educação no autocuidado do cuidador, é essencial que este tenha orientações para realizar o autocuidado de forma adequada, para que por sua vez tenha capacidades ao responder às exigências do seu papel (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014); (Lobo & Palma, 2024).

A literatura mostra que a teoria de Orem é essencial para estruturar intervenções centradas na capacitação da pessoa e da família, promovendo assim autonomia e prevenindo o desgaste (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Deste modo a teoria oferece uma visão clara para identificar necessidades comprometidas no cuidador e legitimar a intervenção do enfermeiro dirigida não apenas à pessoa com esquizofrenia, mas também a quem cuida (Santos, Bittencourt, Beserra, & Nóbrega, 2022); (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

10.2 Teoria das Transições por Afaf Meleis

A Teoria das Transições de Afaf Meleis compreende que a vida humana é marcada por processos de mudanças que podem afetar saúde, identidade, papéis e funcionamento. Implicando assim uma reorganização, adaptação e construção de novos papéis e significados de acordo com a transição (Borges, et al., 2025); (Lima, et al., 2022).

O cuidador informal de uma pessoa com esquizofrenia vive uma transição situacional intensa ao assumir um novo papel, muitas vezes sem preparação suficiente. Esta teoria, aplicada ao cuidador informal, permite compreender a transição como uma experiência que envolve aprendizagens, adaptação e desenvolvimento de novas competências, mas também vulnerabilidade e

necessidade de apoio. O sofrimento do cuidador pode ser compreendido como parte de um processo transicional vulnerável e potencialmente desorganizador (Borges, et al., 2025).

Neste caso o cuidador informal de um doente portador de esquizofrenia, sofre uma transição para este papel que pode ser inesperado e exigente (Paiva, 2020). A pessoa irá ter de reorganizar a sua vida tanto a nível pessoal, social e profissional, tendo em simultâneo de adquirir conhecimentos sobre a esquizofrenia e como responder às necessidades da pessoa cuidada (Paiva, 2020); (Lima, et al., 2022). Se esta transição não for acompanhada de forma adequada, podem surgir inseguranças, exaustão emocional e maior risco de sobrecarga (Borges, et al., 2025).

Na prática, a teoria orienta o enfermeiro para avaliar em que ponto da transição o cuidador se encontra, que fatores o ajudam ou dificultam, e que intervenções podem facilitar adaptação mais saudável ao novo papel (Nunes, 2022).

Esta teoria é, por isso, particularmente útil para a enfermagem, pois permite identificar fatores facilitadores e inibidores da adaptação, como a literacia em saúde mental, a rede de apoio, a qualidade da informação recebida e a relação com os profissionais de saúde (Borges, et al., 2025); (Paiva, 2020). Esta perspetiva ajuda a compreender o cuidador não apenas como apoio da pessoa doente, mas como alguém que também vive uma transição e necessita de cuidados (Lima, et al., 2022).

Deste modo, a Teoria das Transições contribui para fundamentar intervenções de enfermagem orientadas para uma adaptação saudável ao novo papel, reduzindo o impacto emocional e prevenindo o desenvolvimento de *burnout* (Borges, et al., 2025).

10.3 Relação entre a Teoria do Défice de Autocuidado e das Transições

As teorias de Orem e Meleis complementam-se de forma útil essencialmente na compreensão das necessidades do cuidador informal de doentes portadores de esquizofrenia. Meleis analisa o processo de transição para o papel de cuidador, enquanto Orem identifica o impacto dessa transição na capacidade de autocuidado do próprio cuidador (Santos, Bittencourt, Beserra, & Nóbrega, 2022); (Lima, et al., 2022).

Quando uma pessoa assume o papel de cuidador informal, enfrenta mudanças nas suas rotinas, prioridades e identidade enquanto pessoa (Paiva, 2020). Esta transição não deve ocorrer sem suporte e apoio adequado, pois a falta dele pode desenvolver défice de autocuidado, com repercursões no descanso, na alimentação, na saúde mental e na capacidade de lidar com o *stress* diário (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014); (Lobo & Palma, 2024).

Na prática de enfermagem, esta integração teórica justifica intervenções centradas em dois eixos: facilitar a transição saudável para o papel de cuidador e promover o autocuidado de forma contínua (Porto, 2021); (Lobo & Palma, 2024). Isto envolve educação para a saúde, apoio emocional, treino de competências, reforço da rede de suporte e identificação precoce de sinais de sobrecarga, contribuindo para uma abordagem holística e centrada também na pessoa que cuida (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014); (Borges, et al., 2025).

11 Conclusão

A esquizofrenia consiste numa das perturbações psiquiátricas mais complexas e sérias, que se caracteriza pelas suas repercussões persistentes e incapacitantes ao longo do decorrer da doença. Trata-se de um problema de saúde pública relevante, que afeta, não apenas as pessoas portadoras da doença, mas também os seus familiares, gerando consequências relevantes a nível do desempenho diário e da integração social.

A presente monografia permitiu aprofundar a compreensão do *burnout* em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia, salientando que esta realidade deve ser enquadrada com exatidão, clareza e solidez. Embora o *burnout* seja um conceito de origem ocupacional, a experiência do cuidador pode incluir exaustão emocional intensa, sobretudo quando a sobrecarga e o stress persistem sem apoio suficiente.

A esquizofrenia, pela sua complexidade clínica, funcional e relacional, coloca exigências particulares ao cuidador informal. O acompanhamento prolongado, a imprevisibilidade de algumas situações, a necessidade de supervisão, o estigma e a limitação da vida pessoal favorecem sofrimento e vulnerabilidade.

Os enfermeiros apresentam uma posição preponderante no reconhecimento dos sinais de sobrecarga e de *burnout* precocemente, na formação dos cuidadores informais e na aplicação de intervenções que fomentem o autocuidado, promovendo uma grande melhoria na qualidade de vida do cuidador e do doente.

Assim, o papel do enfermeiro é imprescindível na avaliação, prevenção e intervenção. Através do uso da psicoeducação, do apoio emocional, da estimulação do coping, do reconhecimento das necessidades do cuidador e da articulação de recursos formais e informais, a enfermagem contribui para a redução do sofrimento e para otimizar a qualidade dos cuidados prestados.

A associação entre a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, permitiu a compreensão do cuidador como pessoa em transição e que apresenta necessidades próprias de autocuidado possivelmente comprometidas.

Com resultados dos estudos que analisamos, evidenciou-se que o *burnout* nos cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia não provém apenas das responsabilidades e dificuldades intrínsecas ao ato de cuidar, mas também do insuficiente suporte social, da baixa literacia em saúde mental e da carência de respostas formais direcionadas ao cuidador.

Por este trabalho consistir numa monografia, foram sentidas limitações em estabelecer generalizações acerca dos dados, pois foi usada informação disponível de estudos já realizados, não sendo a recolha dos dados realizada por nós, junto de cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia.

Posto isto, consideramos que seria bastante relevante a concretização de futuros estudos, em Portugal, para que seja possível avaliar mais pormenorizadamente a prevalência do *burnout* em cuidadores informais de doentes portadores de esquizofrenia e acerca da eficiência dos programas de intervenção de enfermagem destinados a esses cuidadores. Apostar no apoio e na formação dos cuidadores informais, não se trata apenas de uma técnica para promover a saúde e bem-estar, como também uma colaboração fundamental para a qualidade e continuidade na prestação de cuidados ao doente portador de esquizofrenia.

Referências Bibliográficas

- Almeida, E. d. (2025). *Instrumentos de avaliação da qualidade de vida do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia: Scoping Review*. Relatório Final de Estágio. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/556d653a-bf76-4689-b939-f43174634ca2/download>
- Almeida, S., Gamito, A., & Correia, T. M. (2004). O Insight nos Doentes Esquizofrénicos - Instrumentos de Avaliação . *Psilogos* , pp. 24-34. doi:<https://doi.org/10.25752/psi.6072>
- André, S. M., Nunes, M. M., Martins, M. M., & Rodrigues , V. M. (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), pp. 85–94. doi:10.12707/RIII1297
- Association, T. A. (2021). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia* (3^o ed.). Washington. Obtido de <https://www.med.unc.edu/psych/epi-nc/wp-content/uploads/sites/720/2024/01/APA-2020-guidelines-1.pdf>
- Barradas, A. C. (2023). *As causas da esquizofrenia e opções terapêuticas* . Obtido de <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/0dacd94e-02af-4fef-bf5a-d231a8f974bb>
- Bastos, M. T. (2015). *Necessidades sentidas pelo familiar do doente com esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bequis-Lacera, M., Muñoz-Hernández, Y., Duque-Rojas, O., Guzmán-Quintero, A., Numpaque-Molina, A., Rojas-González, A., & Rodríguez-García, C. (2019). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia. *Duazary*, 16(2), pp. 280–292. doi:10.21676/2389783X.2960
- Borges, B. E., Dantas, A. C., Lima, J. P., Silva, C. L., Fernandes, M. I., & Vitor, A. F. (2025). Análise do conceito tensão do papel de cuidador em cuidadores informais: uma abordagem segundo Meleis. *Revista Cuidarte*, p. 22. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.4000>
- Caixeta, N. C., Silva, G. N., Queiroz, M. S., Nogueira, M. O., Lima, R. R., & Queiroz, V. A. (2021). A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), pp. 593-610. doi:10.34119/bjhrv4n1-051
- Campos, S. I. (2022). *Insight e adesão ao regime terapêutico na pessoa com esquizofrenia - intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Beja. Obtido de

<https://repositorio.ipbeja.pt/entities/publication/38c78d07-15f6-4569-9e2a-eeeb8a9746de>

- Capela , G. M. (2013). *Desenvolvimento de competências nos familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia*. Relatório de Trabalho de Projeto, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/6268>
- Capela, G. M. (2013). *Desenvolvimento de Competências nos familiares/ cuidadores de pessoas com esquizofrenia*. Instituto Politécnico de Setúbal. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/e8e8dbdb-e083-4f13-8cbb-9df9cde22e91>
- Carvalho, J. C. (2012). *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Obtido de <https://hdl.handle.net/10216/63724>
- Cavaco, A. M., & Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. doi:10.1016/S0870-9025(10)70009-2
- Coelho, V. A. (2018). *Qualidade de vida, sobrecarga, burnout, sintomas psicopatológicos e estratégias de coping em cuidadores formais e informais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/38254>
- Correia , M. d. (2019). *Intervenção Terapêutica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com o cuidador informal em sobrecarga, na UCC*. Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/29326>
- Correia, D. T. (Dezembro de 2014). A Evolução Conceptual do Delírio desde a sua Origem até à Modernidade . *Psilogos*, 12(2), pp. 40-51.
- Costa, A. C., Nogueira, G. B., Costa, M. E., & Freitas , J. E. (2022). Síndrome de Burnout em cuidador informal.
- Costa, C., & Correia , P. M. (2022). O contrato psicológico e o desenvolvimento de burnout. *Revista da FAE*, 25(1). Obtido de <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/721/554>
- Costa, I. A. (2009). *Burnout e qualidade de vida em prestadores de cuidados informais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa.
- Cruz, D. C., Loureiro, H. A., Silva , M. A., & Fernandes , M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), pp. 127-136. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a14.pdf>

- Dixe, M. d., & Querido, A. I. (2020). Cuidador informal de pessoas dependentes no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), pp. 1-8.
- Domingos, A. F. (2022). *Avaliação da literacia em saúde mental e do estigma numa amostra de cuidadores formais de adultos idosos*. Dissertação de Mestrado, UBI - Universidade da Beira Interior.
- Encinas-Monge, C., Hindalgo-fuentes, S., Cejalvo, E., & Martí-Vilar, M. (2024). Interventions to Relieve the Burden on Informal Caregivers of. *Nursing reports*. Obtido de <https://www.mdpi.com/2039-4403/14/3/187>
- Ferreira, M. S., Cordeiro, J., & Sarreira-de-Oliveira, P. (2020). Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão scoping. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 4, pp. 40-56. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/40469>
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o stress para prevenir o Burnout. *Acta Médica Portuguesa*, 18(6), pp. 433-444. doi:10.20344/amp.1067
- García, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Obtido de https://sid.usal.es/idocs/F8/FD023622/Rogero_Garcia_10.pdf
- Guedes, A. P. (2020). *Ansiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde*. Dissertação de Mestrado, UBI - Universidade da Beira Interior.
- Hansen, N. H., Pallesen, K. J., Fjorback, L. O., Bjerrekaer, L., & JUUL, L. (2022). *The effect of mental health interventions on psychological distress for informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Medicine, Danish Center for Mindfulness. Obtido de <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.949066/full>
- Jung, H., Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2016.06.034
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), pp. 861–866. doi:10.1590/S0102-311X2003000300019
- Léon, J. A., Ugalde, J. J., & Gabriel, I. G. (2026). Estilos de afrontamiento de estrés y burnout en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 10(1), pp. 749–759. doi:10.37811/cl_rcm.v10i1.22172

- Lima, T., Amaral, O., Almeida, P. d., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A. R., & Coimbra, T. (2022). Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição. doi:<https://doi.org/10.37914/riis.v5.191>
- Lobo, A. F., & Palma, T. M. (2024). A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO . Obtido de <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16910>
- Macieira, D. A. (21 de julho de 2022). *Esquizofrenia: Causas, Sintomas e Tratamento*. Repositório da Univerddidade de Lisboa . Obtido de <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/491d2cee-f426-415a-a612-ad9816595329>
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses . *Psicologia, Saúde e Doenças* , 10(2), pp. 227-236. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36218589007>
- Martins , S. I. (2016). *Burnout e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens Quantitativa e Qualitativa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/29463>
- Mata, B. C., Ramírez, Y. D., Serrano, N. A., & Estrada, M. C. (2024). Sobrecarga del familiar cuidador informal de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en una institución de salud mental, en la ciudad de Durango, México. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(4). Obtido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sobrecarga-del-familiar-cuidador-informal-de-pacientes-diagnosticados-con-esquizofrenia-en-una-institucion-de-salud-mental-en-la-ciudad-de-durango-mexico/>
- Melo, R. M., Rua, M. d., & Santos, C. S. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. doi:10.12707/RIV14003
- Nanja Holland Hansen, L. B. (2022). The effect of mental health interventions on psychological distress for informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. doi:10.3389/fpsy.2022.949066
- Neto, J. R. (2022). *A Síndrome de Burnout: Uma análise do esgotamento profissional*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade Pitágoras, Belo Horizonte. Obtido de https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/54007/1/JOSE_NETO.pdf
- Nicolau, A. P. (2018). *O cuidador informal: estratégias vividas pelo cuidador informal da pessoa idosa dependente*. Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/17139>

- Nogueira , A. F. (2019). *Cuidadores Informais: Especificidades da sua experiência numa unidade de cuidados continuados*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/30015>
- Nogueira , M. A., Azeredo, Z. A., & Santos, A. S. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), pp. 749-759. Obtido de <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/13205/13338>
- Nunes, S. M. (2022). *Redução da Sobrecarga do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia: Intervenções de Enfermagem*. Instituto Politécnico de Beja , Beja . Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/8cbd4716-1a23-45ab-971e-53fc3f6dc564/content>
- O efeito das intervenções em saúde mental no sofrimento psicológico de cuidadores informais de pessoas com doença mental: uma revisão sistemática e meta-análise. (s.d.). 13.
- Oliveira , C. A. (2025). *Impacto do Cuidar nos Cuidadores Informais*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde, Bragança . Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/34936>
- OMS, O. (2026). *Burn-out (QD85) - ICD-11*. Obtido de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt#129180281>
- OPAS, O. P.-A. (28 de Maio de 2019). *CID - Burnout é um fenómeno ocupacional*. Obtido de <https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (s.d.). *Vamos falar sobre: Autocuidado dos cuidadores informais*. Obtido de https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/opp_autocuidadodoscuidadoresinformais.pdf
- Paiva, J. R. (2020). *Dificuldades e necessidades do cuidador informal: um estudo no município de Cantanhede*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/94237/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20Joana%20Paiva.pdf>
- Paiva, J. R. (2020). *Dificuldades e Necessidades do Cuidador Informal: Um Estudo no Município de Cantanhede*. Universidade de Coimbra . Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/202671/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20Joana%20Paiva.pdf>
- Paixão, F. (2014). *Sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores informais de pessoas com demência*. Dissertação de Mestrado, Universidade NOVA de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/14239>

- Paninho , C. M. (2023). *Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com o cuidador informal da pessoa com doença mental grave*. Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/45868>
- Paninho, C. M., Silva , C. d., & Ramos , L. A. (2023). Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(30), pp. 21–38. Obtido de <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n30/1647-2160-rpesm-30-21.pdf>
- Pereira, C., & Veiga, N. (2014). Educação para a saúde baseada em evidências. *Millenium*, 46, pp. 107-136. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/2296>
- Pereira, T. (2020). *O papel mediador da qualidade da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada na relação da sobrecarga com o burnout e o bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.12/8108>
- Pereira, V. (2015). *Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores.
- Porto, E. S. (2021). Autocuidado um Foco Central da Enfermagem . p. 142. Obtido de https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/11/AUTOCUIDADO-UM-FOCO-CENTRAL-PARA-A-ENFERMAGEM_Versao_provisoria.pdf
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. doi:10.12707/RIV14081
- Rodrigues , D. C. (2012). *Sobrecarga e estratégias de coping em cuidadores informais de idosos dependentes*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/1627>
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). eoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-10. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/download/28715/20430/121041>
- Sequeira, C. A. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto: Lidel.
- Silaule, O., Casteleijn, D., Adams, F., & Nkosi, N. G. (2024). Strategies to Alleviate the Burden Experienced by Informal Caregivers of Persons With Severe Mental Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Scoping Review. *INTERACTIVE JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH*, p. 25. Obtido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10835589/>

- Sousa, C., Gonçalves , G., Braz, N., & Sousa , A. O. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *PSIQUE*, 17(2), pp. 9–25. doi:10.26619/2183-4806.XVII.2.1
- Vieira, C. P., Fialho, A. V., Freitas, C. H., & Jorge , M. S. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), pp. 570–579. doi:10.1590/S0034-71672011000300023

ANEXOS

ANEXO 1 - Direitos e deveres do cuidador informal

Artigo 5.º e 6.º, da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, emitido pela Assembleia da República.

Artigo 5.º

Direitos do cuidador informal

O cuidador informal, devidamente reconhecido, tem direito a:

- a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- c) Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social;
- d) Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
- h) Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos neste Estatuto;
- i) Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;
- j) Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

Artigo 6.º

Deveres do cuidador informal

1 — O cuidador informal, relativamente à pessoa cuidada, deve:

- a) Atender e respeitar os seus interesses e direitos;
- b) Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- c) Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada;
- d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;
- e) Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- f) Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- g) Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- h) Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- i) Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;
- j) Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.

2 — O cuidador informal deve, ainda:

- a) Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde;
- b) Participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas;
- c) Informar, no prazo de 10 dias úteis, os competentes serviços da segurança social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento a que se refere o artigo 4.º

ANEXO 2 – Questionário sobre o *insight* e atitudes face ao tratamento

Escala adaptada em Portugal pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca em 2003, da escala *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* como questionário sobre o *insight* e atitudes face ao tratamento (Almeida *et al.*, 2004).

	Bom <i>Insight</i> 2	<i>Insight</i> parcial 1	Sem <i>Insight</i> 0
7. Na altura da entrada, necessitava de ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
8. Neste momento, acha que precisa ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
9. Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
10. Acha que vai tomar a medicação? Explicação			
11. Acha que a medicação lhe está a fazer bem? Explicação			
TOTAL			

Entrevista aberta; As respostas pontuam-se por consenso entre bom insight (2), insight parcial (1) e sem insight (0). Pontuações totais de 0 a 22.

	Bom <i>Insight</i> 2	<i>Insight</i> parcial 1	Sem <i>Insight</i> 0
7. Na altura da entrada, necessitava de ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
8. Neste momento, acha que precisa ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
9. Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
10. Acha que vai tomar a medicação? Explicação			
11. Acha que a medicação lhe está a fazer bem? Explicação			
TOTAL			

Entrevista aberta; As respostas pontuam-se por consenso entre bom insight (2), insight parcial (1) e sem insight (0). Pontuações totais de 0 a 22.

Assinatura do Entrevistador

ANEXO 3 - MBI – HSS: Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

Afirmações	Com que frequência:
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	6 5 4 3 2 1 0
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objectos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	0 1 2 3 4 5 6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	6 5 4 3 2 1 0
10. Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12. Sinto-me muito enérgico.	6 5 4 3 2 1 0
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	0 1 2 3 4 5 6
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	0 1 2 3 4 5 6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.	6 5 4 3 2 1 0
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).	0 1 2 3 4 5 6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.	6 5 4 3 2 1 0
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0 1 2 3 4 5 6