



**MESTRADO EM FERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

CUIDAR SEM DESGASTE: FORTALECENDO QUEM CUIDA

REALIZADO POR:

GUIDA MARIA GRAÇA



**MESTRADO EMFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE
SAÚDE PÚBLICA**

Unidade Curricular:

Estágio de Natureza Profissional

CUIDAR SEM DESGASTE: FORTALECENDO QUEM CUIDA

Professor Orientador:

Ricardo Sousa Mestre

REALIZADO POR:

GUIDA MARIA GRAÇA, nº 2023011

Bracarena, março 2025

“o autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

DEDICATÓRIA



Neste percurso académico, marcado pela compreensão e pelo profundo respeito pela singularidade de cada indivíduo, grupo e comunidade, compreendi verdadeiramente a importância da intervenção comunitária dos enfermeiros. Aprendi que o Enfermeiro deve equilibrar firmeza e serenidade nos momentos de maior exigência, mas também possuir a sensibilidade necessária para se integrar de forma natural e empática, seja ao partilhar um momento lúdico com crianças ou ao prestar cuidados em contextos diversos. Essa versatilidade e proximidade fazem deste Enfermeiro especialista uma referência essencial na comunidade.

Agradeço-te, pai, por todas as aprendizagens...

És a minha estrela!

AGRADECIMENTOS

O culminar deste projeto representa a concretização de um percurso exigente, repleto de aprendizagens e oportunidades de crescimento pessoal e profissional. Esta jornada só foi possível graças ao apoio incondicional e à motivação proporcionada por aqueles que me acompanharam nos momentos mais desafiadores, aos quais expresso a minha sincera gratidão.

Dirijo ao Professor Ricardo Mestre o meu mais sincero agradecimento pelo acompanhamento e orientação prestados ao longo deste percurso. O seu voto de confiança nas minhas capacidades foi determinante para a concretização deste trabalho.

Aos cuidadores formais, que gentilmente se disponibilizaram e tornaram possível o desenvolvimento deste projeto, acolhendo-me de forma especial "na sua casa", deixo o meu sincero reconhecimento.

Aos meus filhos, que serão sempre a minha maior fonte de inspiração.

À minha Bia, pelo carinho, apoio e constante inspiração.

O apoio e a energia de cada um foram essenciais para dar leveza e significado a esta caminhada.

A todos, o meu mais genuíno obrigado.

RESUMO

Introdução: A população portuguesa tem vindo a envelhecer progressivamente, uma tendência que se prevê manter nos próximos anos e que tem contribuído para o aumento da incidência de doenças crónicas e incapacitantes. Este fenómeno resulta numa maior dependência funcional da população idosa e numa crescente necessidade de cuidados contínuos. Consequentemente, tem-se verificado, nos últimos anos, uma procura significativa pelos serviços prestados por instituições de apoio social a idosos. Neste contexto, os cuidadores formais assumem um papel essencial, desempenhando funções que exigem um esforço físico e emocional considerável, o que os torna particularmente vulneráveis ao burnout. **Metodologia:** Com base no diagnóstico de burnout, aferido pela Escala de Burnout de Shirom-Melamed e fundamentado na metodologia de planeamento em saúde, estruturou-se um projeto de intervenção direcionado aos cuidadores formais. Este projeto tem como objetivo capacitar os cuidadores formais para a prevenção e mitigação do burnout, promovendo o desenvolvimento de competências e o aumento da sua literacia em saúde, através de sessões de formação em grupo, na área do cuidado a idosos com demência, no luto, sessão de relaxamento de uma atividade lúdico recreativa. O projeto foi divulgado aos parceiros comunitários, com o objetivo de alertar para o problema identificado e para a importância de implementar medidas preventivas. A fundamentação teórica que sustentou o projeto foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. **Resultados:** Os resultados revelaram níveis significativos de burnout, na dimensão física e cognitiva, entre os cuidadores formais. Todas as intervenções planeadas foram integralmente executadas, registando uma taxa de assiduidade superior a 70% e uma avaliação globalmente positiva por parte dos participantes. A análise dos resultados evidenciou um aumento de 30% nos conhecimentos adquiridos, refletindo a eficácia da intervenção e a sua relevância na capacitação dos cuidadores formais. **Conclusão:** Destaca-se a ação fundamental do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na identificação e na solução de problemas de saúde comunitária, particularmente através adequação da literacia em saúde e da prevenção do burnout entre cuidadores formais

Palavras-chave: Burnout; Cuidadores Formais; Envelhecimento; Enfermeiros Especialistas;

ABSTRACT

Introduction: The Portuguese population has been progressively aging, a trend expected to continue in the coming years, contributing to an increased incidence of chronic and disabling diseases. This phenomenon results in greater functional dependency among the elderly population and a growing need for continuous care. Consequently, in recent years, there has been a significant demand for services provided by social support institutions for the elderly. In this context, formal caregivers play an essential role, performing tasks that require considerable physical and emotional effort, making them particularly vulnerable to burnout. **Methodology:** Based on the diagnosis of burnout, assessed using the Shirom-Melamed Burnout Scale and grounded in the health planning methodology, an intervention project was structured for formal caregivers. This project aimed to empower caregivers in preventing and mitigating burnout by promoting skill development and increasing their health literacy through group training sessions. These sessions focused on elderly care for individuals with dementia, grief management, relaxation techniques, and recreational activities. The project was disseminated to community partners to raise awareness of the identified problem and highlight the importance of implementing preventive measures. The theoretical foundation supporting the project was Nola Pender's Health Promotion Model. **Results:** The findings revealed significant levels of burnout, particularly in the physical and cognitive dimensions, among formal caregivers. All planned interventions were fully implemented, achieving an attendance rate of over 70% and receiving an overall positive evaluation from participants. The analysis of the results demonstrated a 30% increase in acquired knowledge, reflecting the effectiveness of the intervention and its relevance in empowering formal caregivers. **Conclusion:** This study highlights the fundamental role of the specialist nurse in Community and Public Health Nursing in identifying and addressing community health problems, particularly through health literacy initiatives and burnout prevention among formal caregivers.

Keywords: Burnout; Formal Caregivers; Aging ; Specialist Nurses.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	14
1.1. Demografia em Portugal e implicações para a saúde.....	14
1.2. A rede de Serviços e Equipamentos Sociais	15
1.3. Cuidadores Formais: a sua relevância na assistência ao idoso	17
1.4. Referencial Teórico de Enfermagem	18
2. ANÁLISE DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	24
2.1. Caracterização dos contextos de ensinamentos clínicos.....	24
2.2. Contextualização dos Cuidados de Saúde Primários.....	25
2.2.1. Análise da Unidade de Saúde Pública	26
2.2.2. Análise da Unidade de Cuidados na Comunidade.....	29
3. METODOLOGIA DE PLENAMENTO DE IMPERATORI E GIRALDES	31
3.1. Diagnóstico de Situação	32
3.1.1. Contextualização do local de intervenção.....	33
3.1.2. População e Amostra.....	34
3.1.3. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	35
3.1.4. Procedimentos de Análise de Dados	36
3.1.5. Problemas identificados e Diagnóstico de Enfermagem.....	41
3.1.6. Considerações Éticas	42
3.2. Definição de Prioridades.....	44
3.3. Definição de Objetivos.....	45
3.4. Seleção de estratégias e Execução do projeto	45
3.5. Custos e Orçamento do projeto	53
3.6. Avaliação do Projeto.....	54
4. ANÁLISE E REFLEXÃO	57
4.1. Discussão de Resultados.....	57
4.2. Limitações do Projeto	59

4.3. Competências Adquiridas.....	61
4.3.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	61
4.3.2 - Competências de EEESC	63
4.3.3 - Competências de grau de Mestre	69
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	85
Anexo I – Questionário de Caracterização Sociodemográfica	86
Anexo II- Escala de Burnout de Shirom Melamed (BSM)	89
Anexo III – Guião de Entrevista semiestruturada Diretora Técnica	90
Anexo IV – Parecer da Comissão Ética da ESSATLA.....	91
Anexo V- Consentimento Informado e Esclarecido.....	92
Anexo VI- Autorização dos Autores para Aplicação da Escala de BSM e questionário Sociodemográfico	93
Anexo VI – Autorização da Direção da Instituição X para Aplicação dos Instrumentos e Implementar o Projeto	94
Anexo VII- Guião da Reunião com o Diretor da Instituição.....	96
Anexo X- Cronograma das Atividades	97
Anexo X- Planos de Sessão	98
Anexo IX- Cartaz de Divulgação do Projeto.....	101
Anexo XI- Sessões de Formação	102
Anexo X- Certificado de Participação	118
Anexo XI : Fotografias da Atividade Ludico-Recreativa.....	119
Anexo XII- Instrução de Trabalho cerca da Avaliação da Dor.....	120
Anexo XVI- Certificado de Comunicação Livre e Publicação do Resumo	123
Anexo XV Ações Formativas Frequentadas	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide Etária em Portugal: 2017- 2080.....	14
Gráfico 2: Aumento das Entidades Proprietárias (2010-2023)	16
Gráfico 3: Capacidade das Respostas Sociais para idosos (2000-2022).....	16
Gráfico 4: Distribuição Etária da População Residente no Município (2011 e 2021)	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação do Score Total da Escala BSM.....	37
Tabela 2: Características Sociodemográficas	38
Tabela 3:Correlação Linear Simples (Pearson)	39
Tabela 4: Análise Comparativa das Variáveis Nível Educacional, Vínculo Contratual e Presença de Doença Diagnosticada	41
Tabela 5: Priorização dos Problemas Identificados.....	45
Tabela 6: Tabela Síntese das Intervenções desenvolvidas.....	48
Tabela 7: Orçamento do projeto	53
Tabela 8: Indicadores de Atividade	54
Tabela 9: Tabela de Indicadores de Resultado.....	55
Tabela 10: Tabela de Observação dos Formandos.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição Nacional dos Equipamentos Sociais (2023).....	17
Figura 2- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.....	22
Figura 3-Diagrama do Modelo de Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).....	31

LISTA DE SIGLAS

AD- Apoio Domiciliário

APA - American Psychological Association

BSM- Burnout Shirom-Melamed

CF- Cuidador Formal

CSP-Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

ERPI- Estabelecimento Residencial par Pessoas Idosas

EEESCSP-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

INE- Instituto Nacional de Estatística

UCC- Unidade de Cuidados à Comunidade

USP- Unidade de Saúde Publica

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

MPS- Modelo de Promoção da Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAD-Serviço de Apoio Domiciliário

SNS- Sistema Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

GEP- Gabinete de Estratégia e Planeamento

LISTA DE ABREVIATURA

Et al.- entre outros

Fig.- Figura

n.- total

%- percentagem

INTRODUÇÃO

Este relatório é elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do 1.º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA), inserido no 2.º ano / 1.º semestre. Este documento tem como finalidade refletir sobre as atividades desenvolvidas, destacando o seu contributo para o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) e obtenção de grau de mestre.

O percurso de estágio, foi desenvolvido em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), especificamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Saúde Pública (USP), integradas na atual Unidade Local de Saúde (ULS) X. Das atividades desenvolvidas, destaca-se a concretização do projeto de âmbito comunitário, intitulado **“Cuidar sem desgaste, fortalecendo quem cuida”**. Este projeto tem como objetivo a prevenção do burnout em cuidadores formais que prestam cuidados a idosos em instituições de apoio social, especificamente em Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e no Apoio Domiciliário (AD). Foi desenvolvido de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993). Através do diagnóstico de situação de saúde dos cuidadores formais, identificou-se níveis consideráveis de burnout. O burnout, constitui uma problemática social, com repercussões significativas na saúde individual, na eficiência laboral e na qualidade do trabalho desenvolvido (Santos et al., 2024). Na área geodemográfica, onde decorreram os estágios, o envelhecimento da população, tem tido repercussões nas instituições de apoio social, que se deparam com algumas limitações, nomeadamente a reduzida capacidade de apoio aos idosos por ausência de cuidadores formais. Neste contexto, é fundamental adotar estratégias direcionadas à prevenção do burnout nos cuidadores formais, através da formação contínua e a implementação de programas de promoção da saúde e ambiente de trabalho saudável (Carvalho, 2024; Figueira, 2024; Gil, 2024; Melo, 2020).

Todavia, conforme Caridade (2022) e Carvalho (2024) indicam, a contínua escassez de programas de intervenção voltados para este grupo evidencia a premente necessidade de intensificar os investimentos em políticas de apoio e na capacitação desses profissionais.

O projeto foi elaborado com tendo como referência o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que enfatiza a adoção de comportamentos saudáveis (2015).

A relevância deste projeto, foi reconhecido cientificamente, através da apresentação no I Congresso Internacional sobre Projetos de Intervenção no Envelhecimento e a publicação do respetivo resumo do evento (Angeles, 2025).

O relatório está estruturado em cinco capítulos, começando pelo enquadramento teórico e conceptual, seguido da descrição dos contextos de estágios desenvolvidos. Depois, aborda-se a metodologia de Planeamento em Saúde, conduzindo à análise e reflexão sobre o projeto e as competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública. Por fim, apresentam-se as considerações finais relativas ao trabalho desenvolvido.

O relatório foi concebido tendo por bases as diretrizes da ESSATLA, obedece aos critérios de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA), 7ª edição e o texto encontra-se redigido de acordo com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

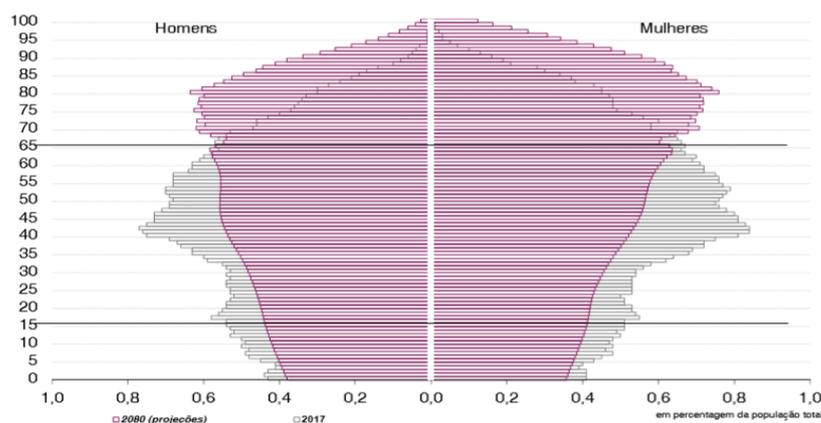
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO- CONCEPTUAL

1.1. Demografia em Portugal e Implicações para a Saúde

O envelhecimento da população, é considerada a transição social mais significativa deste século, influenciando diversos aspetos da sociedade, tanto no nível individual como no coletivo (Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental, 2023). Esta transição tem alterado a estrutura etária, refletindo-se na diminuição da população jovem e no aumento da longevidade (Ferrão, 2023). Entre os fatores que impulsionam essa mudança estão os avanços científicos, as melhorias nos cuidados de saúde e a elevação da qualidade de vida (Fernandes, 2021).

No ano de 2023, Portugal apresentou um índice de envelhecimento de 188,1, significando que existem 188 idosos para cada 100 jovens. Esta realidade, posiciona o país como um dos mais envelhecidos da União Europeia e as projeções apontam que, até 2070, cerca de 33,1% da população terá 65 anos ou mais (Pordata, 2024). Além disso, a população com 80 ou mais anos passará a representar 13,2% do total da população (European Commission, 2021).

Gráfico 1: Pirâmide Etária em Portugal: 2017- 2080



Fonte: INE, 2018

Face a este panorama de envelhecimento e às projeções que apontam para um aumento significativo da população idosa, torna-se imperativo refletir sobre as respostas sociais e

estruturais necessárias para garantir a inclusão, proteção e qualidade de vida desta população. Neste contexto, a Rede de Equipamentos Sociais assume um papel central, enquanto estrutura fundamental para a promoção do bem-estar e da integração dos idosos na sociedade.

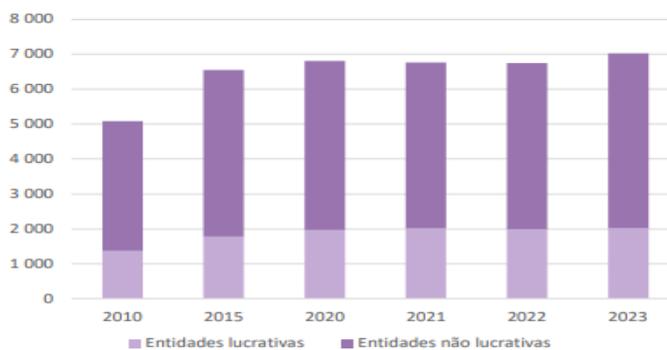
Uma vez que a responsabilidade pelo cuidado aos idosos tem passado do domínio familiar para o institucional, devido a mudanças sociais, económicas e demográficas. Fatores como o aumento da longevidade, a reconfiguração das estruturas familiares e a inserção da mulher no mercado de trabalho têm reduzido a disponibilidade para o cuidado informal, impulsionando a procura por instituições e a atuação dos cuidadores formais (Mendes et al., 2019).

1.2. A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

A Rede de Equipamentos Sociais é composta por um conjunto de serviços destinados a promover a inclusão e proteção social, especialmente entre populações vulneráveis, como os idosos. Esta rede de serviços, desempenha um papel essencial na mitigação da pobreza e no fortalecimento do suporte comunitário (GEP, 2024; Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza, 2024). Considerando, o risco de exclusão social dos idosos, importa analisar a tipologia de serviços dirigidos aos idosos, bem como, o seu regime jurídico. A nível nacional, são prestados por entidades lucrativas, incluindo organizações privadas com fins comerciais, e por entidades não lucrativas, organizações sem fins lucrativos, incluindo entidades públicas dedicadas à ação social e serviços sociais de empresas (GEP, 2023).

Registou-se, na última década, um aumento significativo (47,6%) das entidades responsáveis por equipamentos sociais, sendo o crescimento mais expressivo observado nas entidades sem fins lucrativos, conforme ilustrado no Gráfico 2.

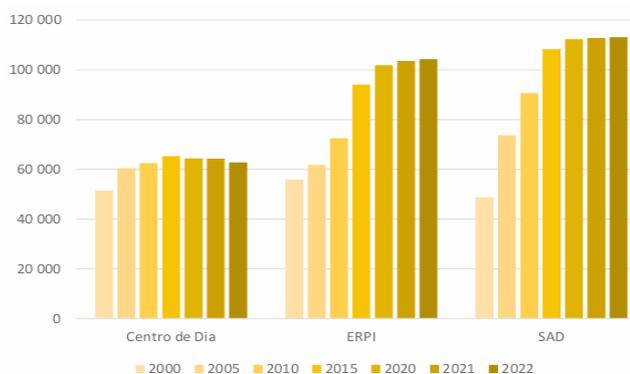
Gráfico 2: Aumento das Entidades Proprietárias (2010-2023)



Fonte: GEP (2023)

O envelhecimento demográfico nacional tem impulsionado um aumento do número de instituições e da sua capacidade de resposta, verificando-se um crescimento mais significativo, sobretudo nos Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas e no Serviço de Apoio Domiciliário, como ilustrado no Gráfico 3.

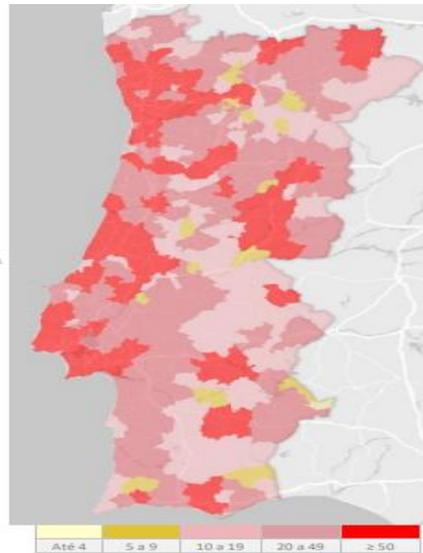
Gráfico 3: Capacidade das Respostas Sociais para idosos (2000-2022)



Fonte: GEP, 2023

Os equipamentos sociais estão distribuídos por todo o território nacional de forma desigual, verificando-se uma maior concentração nas grandes cidades, especialmente na área metropolitana de Lisboa e do Porto, conforme evidenciado pelos dados do INE (2021) (Figura 1). Verificando-se, contudo, a carência de disponibilidade destes equipamentos em algumas áreas geográficas (Miranda, 2023). Exemplo disso, é o Município X, que enfrenta uma significativa escassez de vagas, face à real necessidade dos idosos (CMX,2018; CMX,2024).

Figura 1: Distribuição dos equipamentos sociais (2023)



Fonte: GEP, 2023

A Rede de Serviços e Equipamentos tem expandido a sua oferta, disponibilizando uma gama cada vez mais diversificada de serviços para responder às necessidades dos idosos, promovendo a sua inclusão e participação ativa na comunidade (GEP, 2023). A prestação desses serviços é assegurada por cuidadores formais, cuja atuação é fundamental para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados.

1.3. Cuidadores Formais: A Sua Relevância na Assistência ao Idoso

A distribuição e a acessibilidade dos equipamentos sociais são fatores determinantes para garantir um envelhecimento digno e sustentado, respondendo às crescentes necessidades da população idosa. No entanto, a eficácia destes serviços depende não apenas da sua disponibilidade geográfica, mas também da qualidade da assistência prestada. Neste contexto, os cuidadores formais assumem um papel central, assegurando a continuidade dos cuidados e a promoção do bem-estar dos idosos. O seu contributo revela-se essencial na resposta às exigências diárias desta população, sendo determinante para a qualidade dos serviços prestados e para a sustentabilidade do próprio sistema de apoio social. Os cuidadores formais são profissionais contratados para prestar assistência a idosos, sendo responsáveis por garantir cuidados essenciais, como alimentação, higiene, conforto e apoio terapêutico.

Além disso, atuam na monitorização do estado de saúde dos utentes e na implementação de planos de cuidados individualizados (Carvalho, 2021; Gil, 2020). A constituição das equipas transdisciplinares dos ERPIS¹ e dos SAD² estão estabelecidas no artigo 12.º da Lei n.º 67/2012, de 21 de março, definindo que estas são constituídas por profissionais de diversas áreas, nomeadamente enfermagem, medicina, área social, auxiliares de ação direta, fisioterapia, animador sociocultural, cozinheiros, nutrição e pessoal de limpeza e manutenção (DR, 2012).

Estes profissionais devem ser detentores de formação específica, de competências e conhecimentos, para garantir intervenções adequadas face às necessidades dos idosos. Contudo, são identificadas lacunas na formação destes profissionais, o que pode comprometer a efetividade dos cuidados (Gil, 2024; Falcão, 2020). Os cuidadores formais de idosos enfrentam desafios físicos e psicológicos significativos no exercício da sua atividade profissional. Em resultado do esforço físico e exigência emocional pelo contacto frequente com situações de elevada fragilidade do idoso, pela exigência de gestão de recursos e planeamento de cuidados. Aumentando o risco de sobrecarga, de stress e de perturbações emocionais e de burnout (Gil, 2024; Kunkle et al., 2020; Laurindo, 2022).

1.4. Cuidadores Formais: A Sua Relevância na Assistência ao Idoso

As primeiras pesquisas sobre o burnout datam a 1974, quando Herbert Freudenberger investigou, colaboradores que trabalhavam com ele, que apresentam redução da motivação para o trabalho, sintomas físicos e psicológicos, culminando em exaustão (Chambel, 2016).

¹ERPI: é uma entidade destinada ao acolhimento de idosos que necessitam de assistência nas suas necessidades básicas de vida, nas suas atividades diárias, devido ao envelhecimento, ou por limitações funcionais, independente da etiologia. Disponibilizando, diferentes serviços, como assistência médica e de enfermagem, apoio social, alimentação, cuidados de higiene, entre outros serviços (GEP, 2023; Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

²SAD: é uma resposta, de proximidade, prestada em regime diurno, destinada a apoiar pessoas idosas, assegurando a sua independência funcional e permitindo que permaneçam na sua residência. Este serviço disponibiliza apoio nas atividades essenciais do dia a dia, como a alimentação, os cuidados de higiene pessoal e na mobilidade. Há a possibilidade de adaptar os serviços disponibilizados em função das necessidades individuais. A idade média dos idosos é de 86,5 anos (GEP, 2023; Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

Em 1976, Maslach, considera que o cansaço físico e emocional, são fatores, potenciadores de burnout e em consequência, há menor produtividade laboral. Segundo esta autora, o burnout afeta particularmente os profissionais da saúde, em resultado do envolvimento intenso com o trabalho, pela frustração que surge pela reduzida/inexistente, recompensa. Manifestando-se através de fadiga extrema, incapacidade para lidar com as exigências laborais, despersonalização, indiferença e insensibilidade. O que implica, também, a diminuição da realização pessoal, levando o profissional a avaliar negativamente o seu próprio desempenho (Antunes & Pereira, 2023).

O burnout pode ser desencadeado por fatores situacionais e individuais. Entre os primeiros, destacam-se as condições de trabalho desfavoráveis, a sobrecarga de tarefas e a escassez de recursos humanos e materiais. E, os fatores individuais estão associados às características pessoais dos profissionais, sendo que aqueles com menos experiência tendem a apresentar maior predisposição para o esgotamento emocional. Além disso, aspetos como o género, nível de escolaridade, autoestima reduzida e baixa resiliência podem aumentar a vulnerabilidade ao burnout (Antunes & Pereira, 2023).

Foram identificados por Rodrigues (2021), fatores, como a carga excessiva de trabalho, o desequilíbrio entre esforço e recompensa e stress ocupacional, que se manifesta através de exaustão emocional, fadiga física e autoavaliação negativa do desempenho profissional.

Um estudo realizado por Maroco (2016) indica que, no período entre 2011 e 2013, 21,6% dos trabalhadores da área da saúde em Portugal apresentavam um nível moderado de burnout, enquanto 47,8% demonstravam um nível elevado da síndrome. O burnout é uma síndrome relacionada ao stress ocupacional, resultante da sobrecarga e das exigências laborais que ultrapassam os recursos e capacidades do profissional (OMS, 2020).

O burnout é considerado um problema social de grande relevância, pelo efeito adverso, na saúde dos indivíduos afetados, comprometendo não apenas a sua vida pessoal e social, mas também a sua capacidade laboral e a qualidade do trabalho desempenhado (Santos et al., 2024).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (ICD-11), trata-se de um fenómeno desencadeado pelo trabalho, impactando significativamente a saúde mental e o desempenho

profissional (OMS, 2022). As suas consequências incluem exaustão extrema, a redução da eficácia profissional e impactos negativos na dimensão pessoal (OMS, 2022).

Face ao exposto, torna-se imperativo implementar medidas que contrariem a tendência crescente do burnout nos cuidadores formais, promovendo a sua realização profissional e o bem-estar global. A promoção do bem-estar emocional destes profissionais deve passar pela criação de um ambiente laboral mais saudável, o que implica, nomeadamente, a disponibilização de espaços destinados ao relaxamento e à prática de atividades físicas. Além disso, é fundamental proporcionar oportunidades de capacitação contínua e incentivar momentos de lazer, de forma a equilibrar as exigências da profissão com a saúde dos cuidadores formais (Antunes & Pereira, 2023). Estas ações não só contribuem para a melhoria da qualidade do trabalho desenvolvido, como também promovem a saúde dos cuidadores formais (DGS, 2017).

1.5. Referencial Teórico de Enfermagem

As teorias de enfermagem, para a OE (2023), são consideradas uma estrutura que permitem compreender a prática de cuidados e garantir o exercício de enfermagem, de forma rigorosa conforme a evidência científica e de acordo com modelos teóricos. Nos quais o enfermeiro deve fundamentar a sua intervenção, para prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, grupos e comunidades (OE, 2015).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) serviu como referencial teórico fundamental para a estruturação deste projeto, proporcionando uma base conceitual e metodológica que orientou seu desenvolvimento.

O MPS, contempla sete pressupostos elementares. Primeiramente, considera-se que os indivíduos procuram criar condições de vida que favoreçam a sua saúde nas diferentes dimensões (física, emocional e relacional). Além disso, são dotados de consciência e capacidade de autorreflexão, permitindo-lhes avaliar o próprio estado de saúde e tomar decisões informadas (Pender, 2011).

O modelo também reconhece que as pessoas procuram um equilíbrio entre mudança e estabilidade, direcionando o seu desenvolvimento para objetivos que consideram benéficos.

Ademais, regulam ativamente o seu comportamento, sendo agentes no processo de transformação da sua própria saúde (Pender, 2011).

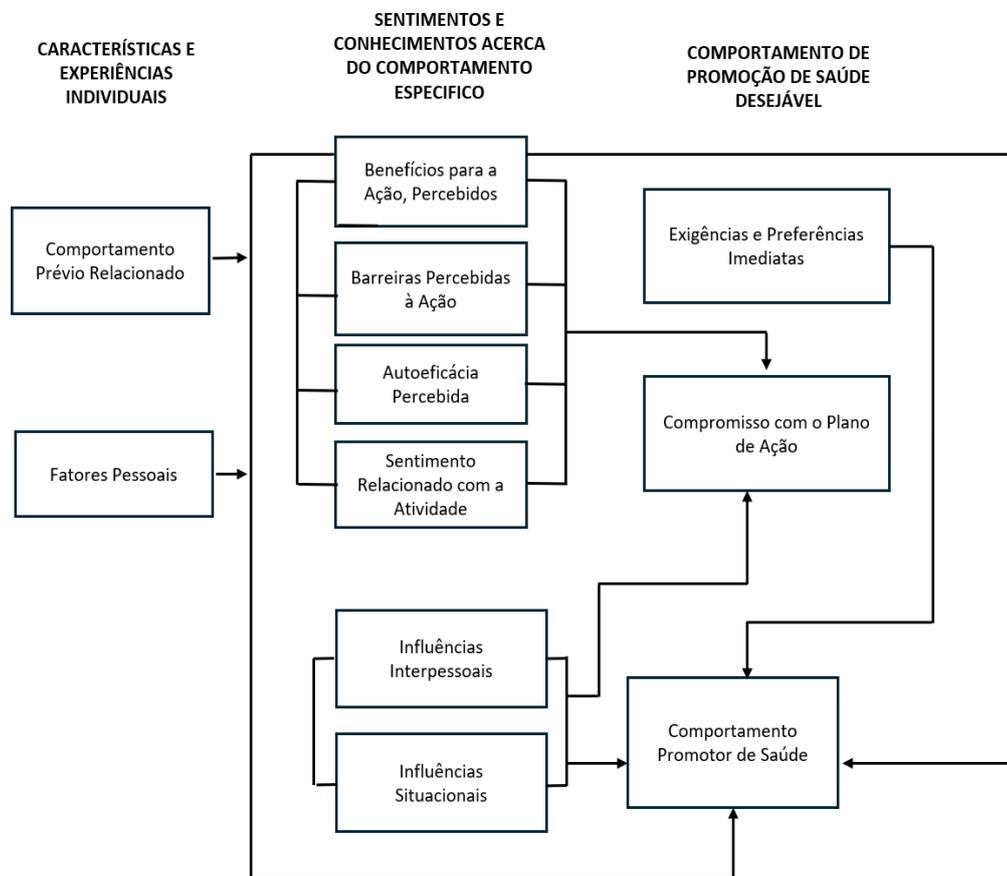
Na perspectiva biopsicossocial, os indivíduos estabelecem interações dinâmicas com o ambiente, influenciando-o e sendo por ele influenciados. Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial nesse contexto, uma vez que fazem parte do ambiente interpessoal ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Por fim, enfatiza-se que os padrões de interação entre a pessoa e o meio envolvente devem ser ajustados continuamente, de modo a facilitar mudanças comportamentais positivas (Pender, 2011)

De acordo com Pender et al. (2015), a compreensão dos mecanismos subjacentes à mudança comportamental e à sua sustentabilidade é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes na promoção e prevenção da saúde. Tal compreensão só é viável por meio do conhecimento científico gerado a partir da investigação e das teorias que fundamentam a prática.

Para a construção do MPS, Pender, baseou-se em dois referenciais teóricos. O primeiro, a Teoria Cognitiva Social, que enfatiza a inter-relação entre fatores pessoais, ambientais e comportamentais, destacando a crença na capacidade individual de modificar hábitos, sustentada no conceito de autoeficácia. O segundo é a Teoria do Valor da Expectativa, que se centra na compreensão da motivação e na influência das expectativas, positivas ou negativas, no desejo de mudança comportamental (Pender et al., 2015).

O diagrama (figura 2), facilita a compreensão do MPS, a estrutura permite a visualização dos principais componentes do modelo. Além disso, estabelece de forma explícita as interações entre os diferentes elementos, evidenciando as relações dinâmicas que sustentam a teoria e contribuindo para uma análise mais aprofundada do modelo em questão (Sakraida, 2010).

Figura 2: Representação gráfica do MPS



Fonte: adaptado de Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice (3ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

O MPS está estruturado em três categorias fundamentais, interligadas entre si, que explicam o processo de adoção de comportamentos promotores de saúde:

1. Características e experiências individuais – incluem fatores que influenciam a procura pela saúde, subdividindo-se em:
 - Comportamentos prévios – refletem a percepção de barreiras e benefícios da adoção de hábitos saudáveis, bem como o impacto emocional associado à ação.
 - Fatores pessoais – abrangem as dimensões biológica, psicológica e sociocultural do indivíduo.

2. Fatores modificáveis – referem-se às variáveis que podem ser ajustadas para influenciar os processos mentais e emocionais, facilitando mudanças comportamentais. Incluem a motivação, a autoconfiança e a influência social e ambiental.
3. Comportamento de promoção da saúde desejável – resulta da interação entre os fatores anteriores e traduz-se no compromisso com um plano de ação orientado para a melhoria da saúde. Este compromisso é influenciado por necessidades individuais, obrigações familiares e profissionais, bem como pelas preferências pessoais. O objetivo primordial do modelo é compreender essas influências para fortalecer comportamentos salutogêneos, ou seja, ações que promovem a saúde e o bem-estar (Pender et al., 2015).

A utilização do Modelo de Promoção da Saúde no presente projeto fundamenta-se na sua aplicabilidade à prática de enfermagem, sendo amplamente utilizado pelos enfermeiros na promoção da saúde de grupos e comunidades. A enfermagem tem um papel essencial na capacitação dos indivíduos, proporcionando-lhes conhecimentos e estratégias que favorecem escolhas mais saudáveis. Como sublinha a Ordem dos Enfermeiros (2015), compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (EEECSP) atuar na defesa da saúde das comunidades, identificando problemas, otimizando recursos disponíveis e promovendo estilos de vida saudáveis.

O modelo de Pender oferece um suporte teórico robusto para a implementação de intervenções direcionadas à promoção da saúde, uma vez que permite compreender os múltiplos fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos e orienta a conceção de estratégias eficazes para estimular mudanças positivas. Neste sentido, a sua aplicação ao projeto permite não apenas estruturar as ações desenvolvidas, mas também garantir que estas são sustentadas por um referencial teórico reconhecido, aumentando a sua eficácia e sustentabilidade.

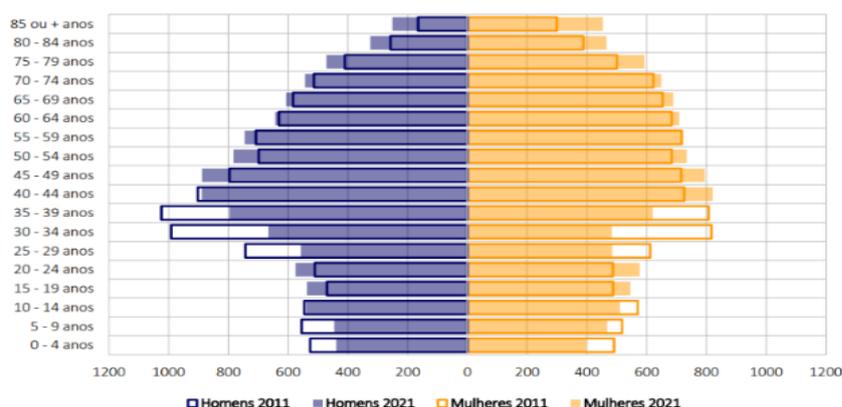
2. ANÁLISE DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos do 2.º ciclo da ESSATLA³, a obtenção do grau de Especialista e de Mestre em Enfermagem Comunitária requer a articulação entre componentes teóricas e prática, desenvolvida em contexto de USP e de UCC.

2.1. Caracterização dos contextos de Ensinos Clínicos

O ensino clínico foi desenvolvido num município localizado na área metropolitana de Lisboa, com uma área geográfica de 262,6 km² e uma organização territorial composta por sete unidades administrativas (CMX, 2024). O município possui uma rede de transportes ferroviários e rodoviários bem desenvolvida, garantindo elevada conectividade e mobilidade, fatores que impulsionam o setor industrial e logístico, principal atividade económica da região. (CMX, 2024). Atualmente, a população residente é de 21.421 habitantes (Censos, 2021), comparativamente aos Censos anteriores (Censos, 2011) regista um decréscimo de 2%, justificado pelo elevado número de óbitos em relação aos nascimentos (CMX, 2024). O perfil demográfico, é envelhecido, sendo as faixas etárias de adultos e idosos as predominantes, conforme ilustrado no Gráfico 4.

Gráfico 4: Distribuição Etária da População Residente no Município (2011 e 2021)



³ E. I. A. - Ensino e Investigação e Administração, S. A. (2022). Despacho n.º 10858/2022, de 7 de setembro. Diário da República, n.º 173/2022, Série II, pp. 215-217. Recuperado em 21 de fevereiro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10858-2022-200734317>; Ministério da Educação e Ciência. (2013). Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto. Diário da República, n.º 151/2013, Série I, pp. 4749-4772. Recuperado em 21 de fevereiro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/115-2013-498487>

Fonte: INE (2011,2021), citado em Perfil Municipal de Saúde X.

A análise demográfica apresenta dados relevantes sobre o envelhecimento populacional, 24% têm 65 anos ou mais; enquanto 7% possuem 80 ou mais anos. O aumento da população idosa reflete-se no índice de envelhecimento de 180%, o que significa que, por cada 100 jovens, existem 180 pessoas idosas. A população jovem (idade igual ou inferior a 15 anos) representa 13%, contrastando com os 63% da população adulta (entre 15 e 64 anos). O Perfil Municipal de Saúde X (2024) indica que o índice de longevidade (29,6%) e índice de dependência (37%) (Perfil Municipal de Saúde X, 2024; Pordata, 2024).

Observa-se um aumento dos agregados familiares unipessoais, que representam 26% do total, sendo a maioria (52%) constituída por indivíduos com 65 ou mais anos (Perfil Municipal de Saúde X, 2024).

A predominância da atividade industrial e logística na região, associada ao trabalho em horário rotativo, tem contribuído para uma crescente procura por cuidados formais. No entanto, a oferta desses serviços permanece limitada, como evidenciado pela existência de listas de espera para o apoio à população idosa. A reduzida disponibilidade dos familiares para prestar cuidados informais reforça a necessidade de suporte institucional para esta faixa etária. Diante deste cenário, torna-se essencial expandir e adaptar a capacidade de resposta dos serviços sociais destinados aos idosos, conforme destacado no Perfil Municipal de Saúde X (2024) e no Diagnóstico Social (2018).

Os principais problemas de saúde identificados na região incluem a elevada prevalência de doença mental, seguida pela obesidade e pelas doenças cardiovasculares (Perfil Municipal de Saúde X, 2024; Plano Local de Saúde, 2018).

2.2. Contextualização dos Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários (CSP), representam uma abordagem, centrada nas necessidades das pessoas, que abrange, a análise dos determinantes de saúde e determinantes sociais e, assegurando cuidados contínuos ao longo da vida. Comtemplando a promoção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, no ambiente quotidiano da pessoa (OMS, 2019). De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005,

os CSP, devem ser eficientes e distribuídos equitativamente à população. Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 102/2023 estabeleceu a constituição das Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando os CSP e os Cuidados Hospitalares, que visa fortalecer a continuidade dos cuidados, garantindo uma resposta coordenada e a gestão eficiente dos recursos de acordo com as necessidades da população. Esta reorganização estrutural do SNS promove a modernização e eficiência dos serviços, garantindo um modelo de cuidados mais sustentável, integrado e centrado no cidadão. De acordo com o Manual de Acolhimento da USP X (2024) os cuidados de saúde, na sua área de abrangência, são assegurados por unidades funcionais, a Unidades de Saúde Familiar (USF), a Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Saúde de Saúde na Comunidade (UCC), aprofundando a análise das duas últimas unidades

2.2.1. Análise da Unidade de Saúde Pública

Segundo a lei de bases da saúde ⁴, redigida pelo Ministério da Saúde (2019), a Unidade de Saúde Pública tem como principal objetivo promover a melhoria do estado de saúde da população na área geodemográfica, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. A sua visão assenta na afirmação como unidade funcional de referência, articulando-se com instituições públicas e privadas relevantes para a saúde. Para tal, aposta na partilha e divulgação de informação e conhecimento, visando o fortalecimento da saúde comunitária (Bi dos CSP, 2012).

As principais funções da USP, incluem a identificação e monitorização das necessidades de saúde da população, a investigação e vigilância epidemiológicas, a avaliação do impacto das intervenções em saúde e a gestão de programas de defesa, proteção e promoção da saúde, abrangendo áreas como vacinação, saúde ambiental, escolar, ocupacional e oral. Além disso, participa na implementação de estratégias relacionadas com determinantes de saúde e sociais

⁴ República portuguesa. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro*. Diário da República, n.º 170/2019, Série I. Recuperado em 21 de fevereiro de 2025, de https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1

e contribui para a formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos profissionais de saúde (USP, 2024).

A Unidade de Saúde Pública (USP) X desempenha um papel essencial na promoção da saúde e na vigilância epidemiológica da sua área de influência. Inserida na Unidade Local de Saúde (ULS) X, a sua jurisdição abrange uma extensão geodemográfica de 1.482,7 km², com uma densidade populacional de 166,6 habitantes/km² e um total de 247.115 residentes, de acordo com os Censos de 2021. A análise da pirâmide etária desta região revela uma maior representatividade da população adulta (USP, 2024).

Conforme o Decreto-Lei n.º 137/2013⁵, a USP desempenha diversas funções essenciais no âmbito da saúde comunitária. Entre as suas atribuições, destaca-se a identificação das necessidades de saúde da população, bem como a monitorização do seu estado de saúde e dos fatores determinantes que o influenciam. Além disso, a USP tem um papel fundamental na promoção da investigação e na vigilância epidemiológica, permitindo uma resposta mais eficaz às ameaças à saúde pública. A unidade também é responsável pela avaliação do impacto das diferentes intervenções em saúde, assegurando que as medidas adotadas sejam eficazes e sustentáveis. No âmbito da gestão da saúde pública, cabe-lhe coordenar programas e projetos direcionados à proteção e promoção da saúde da população, em consonância com os planos nacionais, regionais ou locais de saúde. Entre essas iniciativas, incluem-se áreas como a vacinação, a saúde ambiental, a programa de Saúde Escolar, a saúde ocupacional e a saúde oral (USP, 2024). A USP participa ativamente na implementação desses programas, atuando sobre os determinantes globais da saúde, seja no âmbito dos comportamentos individuais ou das condições ambientais. Por fim, a unidade tem um papel relevante na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos profissionais de saúde, promovendo o desenvolvimento de competências essenciais para a atuação no setor (USP, 2024).

A USP X possui autonomia organizativa, funcional e técnica, garantindo uma resposta eficaz às necessidades da comunidade. A sua equipa multidisciplinar é composta por médicos de Saúde Pública, enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Pública, enfermeiros

⁵ República Portuguesa (2013). *Decreto-Lei n.º 137/2013*. Diário da República, 1.ª série (N.º 193), 6050-6061. <https://files.dre.pt/1s/2013/10/19300/0605006061.pdf>

generalistas, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais, assegurando uma abordagem integrada e coordenada na prestação de cuidados (USP, 2024).

O atendimento ao público decorre nos dias úteis, entre as 9h e as 17h, enquanto os profissionais cumprem horários diferenciados, entre as 8h e as 20h, de forma a garantir a continuidade das atividades. No caso específico dos delegados de saúde, existe uma escala de verificação de óbitos com turnos de 24 horas, incluindo fins de semana, assegurando uma resposta ininterrupta a esta necessidade.

As autoridades de saúde, independentes dos serviços operacionais, garantem a intervenção do Estado na defesa da Saúde Pública, atuando a nível nacional, regional e concelhio. As suas competências incluem a suspensão de atividades de risco, imposição de cuidados compulsivos, vigilância sanitária das fronteiras e requisição de serviços e profissionais em emergências de saúde (USP, 2024).

O Plano Local de Saúde (2018), identifica a saúde mental como a principal problemática da comunidade geodemográfica, levando a USP a implementar o “**Projeto X**” em 2021. Este projeto visa aumentar a literacia em saúde mental e fortalecer a articulação entre entidades. Um dos seus eixos principais é a intervenção psicossocial, através da criação de respostas para a população com doença mental e da capacitação de cuidadores formais das instituições de apoio social na área geodemográfica (USP, 2024). No âmbito deste projeto, foram realizadas doze sessões de formação sobre promoção da saúde em doze instituições de apoio social, incluindo centros de dia e ERPI, bem como para os funcionários de uma unidade fabril do setor alimentar.

Nesta unidade funcional, o método de trabalho adotado, é o trabalho em equipa, no qual os enfermeiros são organizados em grupos sob a coordenação de um líder. Que assume a responsabilidade de assegurar que as competências e qualificações de cada profissional de enfermagem sejam devidamente utilizadas, promovendo, ao mesmo tempo, a otimização das capacidades do grupo. Garantindo, a prestação de cuidados de qualidade aos clientes sob sua responsabilidade (Pereira, et.al, 2021).

2.2.2. Análise da Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, tanto ao domicílio como na comunidade, direcionados a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, especialmente aqueles em situação de risco ou dependência física e funcional, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 28/2008⁶. Desempenhando, uma ação primordial na promoção da saúde, promovendo estratégias que capacitam a população, e integra redes de apoio à família, ajudando a melhorar as condições de vida e o bem-estar das comunidades.

A equipa multidisciplinar da UCC X, é composta por um Enfermeiro Gestor, quatro Enfermeiros de Cuidados Gerais, um Terapeuta Ocupacional e dois Assistentes Operacionais, todos em regime de 35 horas semanais. Adicionalmente, integra uma Assistente Social, com uma carga horária de 20 horas semanais, uma Psicóloga, que desempenha funções durante 5 horas semanais, e uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, que exerce 7 horas semanais. Existindo um défice de profissionais, incluindo assistente técnico, secretariado clínico, médico, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta da fala (UCC X, 2024). Esta unidade, rege-se pelos princípios de aperfeiçoamento constante da qualidade dos serviços, assegurados pelas diferentes profissionais. Esta, UCC X articula-se com diferentes organizações de saúde e parcerias comunitárias, promovendo ganhos em saúde (o UCC X, 2024). A unidade funcional encontra-se sediada no Centro de Saúde X, especificamente no 1.º andar, e dispõe de dois gabinetes de enfermagem, uma sala polivalente, um gabinete de coordenação, um gabinete de Intervenção Precoce (partilhado com Terapia Ocupacional), um gabinete de Ação Social e um gabinete de Psicologia. Tem o horário de funcionamento definido, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, e aos fins de semana e feriados, das 9h às 13h. Durante este período, são garantidas a acessibilidade e a continuidade dos cuidados à população. O acesso aos serviços disponibilizados por esta unidade funcional pode ocorrer através de referenciação hospitalar, referenciação de outras unidades funcionais ou solicitação direta dos utentes ou cuidadores (UCC X, 2024). Os serviços contratualizados, incluem o acompanhamento de 25 utentes em Equipa de Cuidados Continuados Integrados

⁶ Ministério da Saúde. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República, n.º 38/2008, Série I, pp. 1182-1189. Recuperado em 21 de fevereiro de 2025, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008>

(ECCI), a intervenção em situações de Necessidades de Saúde Especiais, a Intervenção Precoce, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, o Curso de Preparação para o Nascimento, a Programa de Saúde Escolar, Programa de Saúde Oral, a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, o Núcleo Local de Inserção (UCC X, 2024, BI dos CSP, 2024).

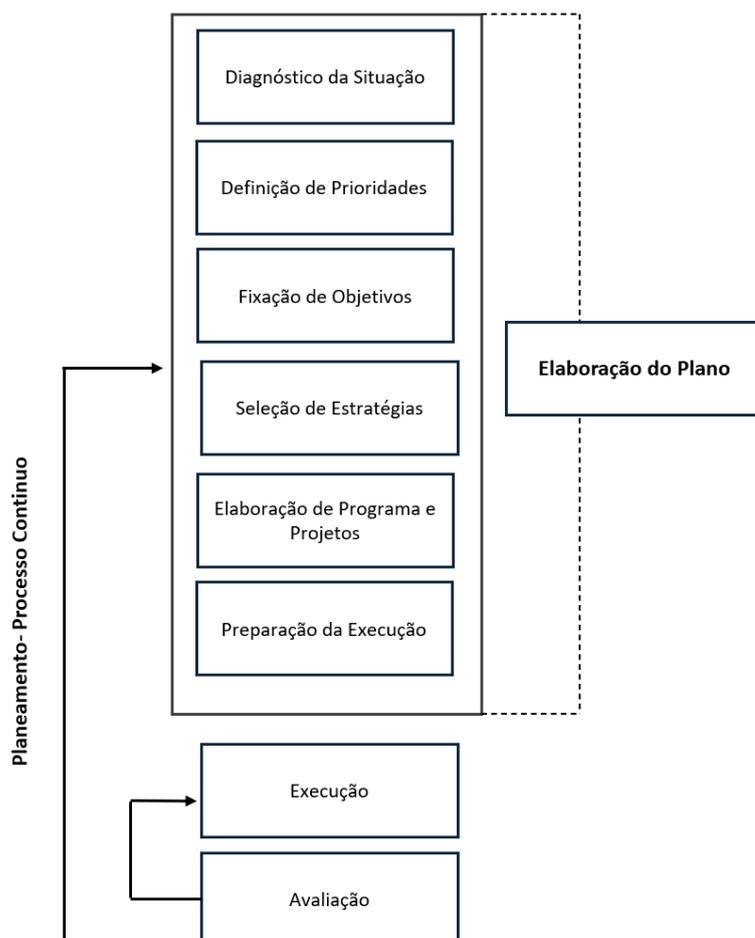
O método do enfermeiro responsável, é o método adotado pela equipa de enfermagem, nesta unidade funcional. Baseia-se na atribuição da responsabilidade e gestão de cuidados ao utente. Assim, o enfermeiro, assegura a coordenação e continuidade dos cuidados, supervisionando e ajustando as intervenções de acordo com as necessidades do utente e da comunidade (Moura et al, 2020).

3. METODOLOGIA DO PLEANEAMENTO DE IMPERATORI E GIRALDES

O planejamento em saúde é a metodologia preconizada pela OE (2018) nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP). O processo de planejamento assume particular relevância, pela limitação de recursos e a premente necessidade de intervenção nos problemas identificados na comunidade.

Esta abordagem permite uma atuação organizada em oito etapas, conforme ilustra a figura 3, sendo cada uma delas explicada posteriormente.

Figura 3: Diagrama do Modelo de Planejamento em Saúde Imperatori & Giraldes (1993)



Fonte: Imperatori e Giraldes (1993)

3.1. Diagnóstico de Situação

Para Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa corresponde à identificação das necessidades da população, permitindo traçar o seu perfil de saúde e priorizar intervenções de enfermagem (Rodrigues, 2021).

Para a realização do diagnóstico de situação, primeiramente reuni com a Enfermeira supervisora do 1º. estágio (USP) , que partilhou as suas preocupações e necessidades, dando a conhecer o seu ponto de vista. Posteriormente analisei o Diagnóstico Social X (2018) e o Plano Local de Saúde (2019), ambos identificam o envelhecimento populacional e alertam para a escassez vagas nas respostas sociais, alertando para a urgência de intervenção nesta área. Esta realidade é agravada pela dificuldade das famílias em garantir os cuidados necessários aos idosos, devido às exigências profissionais, sobretudo horários rotativos e trabalho por turnos, inerentes à atividade logística e industrial predominante na região.

Posteriormente, foram consultados os projetos de melhoria continua implementados pela USP, identificando-se um que data de 2021, o Projeto X. Este projeto visava aumentar a literacia em saúde dos cuidadores formais, em exercício de funções em instituições de cariz social na área de influência, e envolvia parcerias comunitárias, incluindo a Guarda Nacional Republicana, o Ministério Público da Comarca de Lisboa Norte, a Unidade Hospitalar X, a Câmara Municipal X e doze instituições de apoio social dirigidas a idosos e a pessoas portadoras de deficiência.

Para aprofundar a compreensão da realidade local, realizou-se um painel de peritos, através de uma reunião online, com a participação de diretores técnicos das respostas sociais dirigidas a idosos e da Enfermeira Orientadora da USP. Entre os principais problemas identificados pelos diretores técnicos, destacaram-se:

- Dificuldade no recrutamento e fixação de cuidadores formais, devido ao abandono precoce das funções, resultando numa elevada rotatividade de profissionais;
- Profissionais com formação reduzida na área do cuidar;
- Elevada taxa de absentismo.

De acordo com a informação recolhida, realizei uma revisão narrativa da literatura acerca da problemática identificada no painel de peritos. Gil (2024), afirma que o setor dos cuidados formais enfrenta vários desafios, nomeadamente a escassez de profissionais, a elevada exigência e carga de trabalho, a insuficiente formação especializada, bem como a excessiva rotatividade e o abandono precoce das funções. Os dados obtidos na reunião do painel de peritos, aliados à análise dos documentos normativos e à pesquisa bibliográfica realizada, permitiram alcançar um consenso entre os diferentes intervenientes. Reconheceu-se, assim, a importância de concentrar esforços na abordagem e mitigação do burnout, dada a sua relevância para a sustentabilidade e qualidade dos cuidados prestados.

3.1.1. Contextualização do local de intervenção

A instituição que viabilizou o desenvolvimento deste projeto é uma organização de apoio social sem fins lucrativos, sediada no Concelho X, dedicada ao suporte a idosos, com especial enfoque naqueles em situação de vulnerabilidade social, económica ou de saúde. A sua atuação é pautada por valores de solidariedade, proximidade e humanização dos cuidados, desempenhando um papel essencial na comunidade e contribuindo para o bem-estar e dignidade dos seus utentes. A instituição dispõe de duas respostas sociais direcionadas a idosos, a ERPI e SAD (Regulamento Interno, 2020).

A instituição foi selecionada por ser a maior e mais solicitada da região, destacando-se pela sua elevada capacidade de apoio a idosos. Sendo uma organização sem fins lucrativos, é acessível a uma população maioritariamente de baixos a médios rendimentos, o que reforça a sua relevância para a implementação deste projeto (CMX, 2018; CMX, 2024).

A assistente social, atualmente Diretora Técnica da instituição, desempenha funções na organização há 24 anos e possui formação ao nível de mestrado em Sociologia. A instituição presta apoio a cerca de 100 idosos, distribuídos pelas duas valências disponíveis ERPI e SAD.

No que respeita ao perfil da população assistida, a demência destaca-se como o diagnóstico mais prevalente, afetando aproximadamente 70% dos utentes. Relativamente aos níveis de dependência, avaliados com base no Índice de Katz, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), verifica-se que 54 idosos apresentam dependência total, 16 possuem

dependência moderada, 13 registam dependência ligeira e sete são considerados independentes. Estes dados refletem a complexidade dos cuidados prestados, evidenciando a necessidade de abordagens diferenciadas e especializadas para responder às exigências desta população.

Foram identificados, na entrevista realizada à Diretora Técnica, algumas questões centrais, tais como: a reduzida formação dos cuidadores formais, a necessidade de definir áreas prioritárias de formação; ausência de liderança efetiva por parte da direção da instituição. Estes fatores são amplamente reconhecidos na literatura como potenciadores do burnout, afetando o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados (conforme descrito anteriormente). Por outro lado, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) recomenda como fatores de proteção no combate ao burnout a formação contínua de cuidadores de idosos, incluindo elementos da direção, uma vez que o conhecimento técnico e organizacional é essencial para a prestação adequada de cuidados.

3.1.2. População, amostra e critérios de inclusão

A população corresponde a um conjunto de indivíduos com características em comum. A população-alvo, refere-se a uma fração da população selecionada para integrar uma investigação. E, a mostra, refere-se a um conjunto de indivíduos, pertencentes à população-alvo, representando-a. A amostra é constituída com base em critérios definidos pelo investigador, possibilitando obtenção de resultados válidos e representativos (Sequeira, 2022; Melo, 2020).

Neste estudo, considerou-se a população, os cuidadores formais das instituições de apoio social dirigidos a idosos, parceiros no projeto X. A população alvo, os cuidadores formais da instituição, que possibilitou o desenvolvimento do projeto. E a amostra, os cuidadores formais desta instituição que correspondem aos critérios de amostragem. Os critérios de inclusão estipulados, foram: ser cuidador formal em prestação de cuidados a idosos e aceitar participar no estudo. Em contrapartida, foram definidos critérios de exclusão, abrangendo cuidadores formais que não prestassem cuidados a idosos, que não dominassem a língua portuguesa (escrita e falada), que, no momento da recolha de dados, não evidenciassem capacidade para participar no estudo ou que recusassem integrar a investigação. Para

salvaguardar a validade dos resultados, a amostra deve obedecer a critérios de representatividade, determinados pelos critérios de inclusão e exclusão, bem como pela técnica de amostragem utilizada (Sequeira, 2022). No presente estudo, optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, tendo em consideração as vantagens inerentes, nomeadamente a possibilidade de constituição rápida da amostra, adequando-se ao horizonte temporal limitado do estudo em contexto académico (Sequeira, 2022). A amostra desta investigação é constituída por 36 cuidadores formais. De acordo com a informação disponibilizada pela Diretora Técnica da instituição, a população elegível totalizava 41 cuidadores formais. No entanto, não foi possível incluir todos os profissionais, devido a ausências por férias ou baixa médica, coincidindo com o período de recolha de dados. Esta limitação foi considerada na análise dos resultados, garantindo a transparência metodológica do estudo.

3.1.3. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados

Para a obtenção dos dados, aplicou-se um conjunto diversificado de técnicas, nomeadamente a aplicação de um questionário sociodemográfico, a escala de BSM e a realização de entrevistas, deste modo obterem-se dados quantitativos e dados qualitativos (Sequeira, 2022).

O questionário sociodemográfico, permitiu, recolher dados que caracterizam a amostra, como: o género, a idade, as habilitações literárias, a categoria profissional, o estado civil, o número de filhos, anos de serviço na instituição, entre outros (Fortin, 2009) (Anexo I).

A escala de BSM (Anexo II), foi desenvolvido por Shirom e Melamed (2006) e adaptado para a população portuguesa por Gomes (2012) e baseia-se num modelo multidimensional de burnout, que avalia a fadiga física, fadiga cognitiva e exaustão emocional (Gomes, 2012). Este é adequado ao âmbito de cuidadores formais, sendo amplamente utilizada em estudos relacionados com profissionais de saúde e cuidadores formais, e apropriado para medir o burnout em contextos laborais (Shirom & Melamed, 2006).

A escala BSM é composta por catorze questões, respondidas numa escala de Likert de 1 a 7 pontos (1 - Nunca; 7 - Sempre), avaliando e estratificando o burnout em três dimensões:

- **Fadiga Física** (questões 1 a 6): Refere-se ao sentimento de cansaço em relação ao trabalho, traduzindo-se numa diminuição da energia física.
- **Fadiga Cognitiva** (questões 7 a 11): Relaciona-se com sentimentos de exaustão e uma redução da capacidade de pensamento e concentração.
- **Exaustão Emocional** (questões 12 a 17): Reflete o cansaço emocional resultante do contacto com outros profissionais e utentes, levando a uma diminuição da cordialidade e da sensibilidade face às necessidades do outro (Gomes, 2012).

Perante os resultados obtidos, o investigador deve considerar que os níveis elevados de burnout estão associados a pontuações mais elevadas (resposta iguais ou superiores a 5 algumas vezes), sendo estes meramente indicativos, não constituindo critérios exclusivos de diagnóstico (Gomes, 2012).

A entrevista, constitui uma técnica de recolha de dados, de eleição em investigação, por apurar informação detalhada a baixo custo (Sequeira, 2022). Recorri à entrevista semiestruturada - que pela sua flexibilidade e liberdade de resposta, permitiu aprofundar assuntos e redirecionar as questões em função das repostas obtidas - por esta se revelar particularmente útil quando se está interessado na complexidade, no processo, ou quando o fenómeno em estudo é controverso ou pessoal. Este tipo de entrevista tem por base um guião constituído por perguntas iniciais orientadoras (Oliveira et al., 2022), é conduzida por tópicos e/ou questões abertas, sobre os quais importa recolher informação junto dos participantes, com o objetivo de compreender a sua perspetiva, relativamente ao fenómeno em estudo (Polit & Beck, 2019). A entrevista foi conduzida à Diretora Técnica da instituição, considerada uma fonte de informação relevante, permitindo uma compreensão mais aprofundada de aspetos essenciais, tais como a estrutura institucional, a organização do trabalho e o fluxo de comunicação (Anexo III).

3.1.4. Procedimentos de análise de dados

Neste capítulo apresenta-se a análise estatística dos dados, elaborada com recurso ao software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 e ao Microsoft Excel.

O processo iniciou-se com a avaliação da fidelidade dos resultados, analisando a consistência interna da escala utilizada, por meio da identificação do Alpha de Cronbach (α), que mede a confiabilidade interna de uma escala do tipo Likert. Obteve-se um valor de $\alpha = 0,80$, o que é considerado aceitável, uma vez que se situa dentro do intervalo recomendado ($\alpha = 0,70 - 0,90$) (Armitage & Colton, 2005; Pestana & Gageiro, 2003). O que possibilitou a análise do score total das respostas obtidas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Avaliação do Score Total da Escala BSM

		1 Nunca ou Quase Nunca	2 Muito Poucas Vezez	3 Poucas Vezez	4 Por vezes	5 Algumas Vezez	6 Muitas Vezez	7 Sempre ou Quase Sempre	Total (%)
Fadiga Física	36	22,6	10	14,1	17,2	19	10	7,1	36,1
Fadiga Cognitiva	36	32,2	10,9	20,2	10,4	16,4	5,6	4,3	26,3
Exaustão Emocional	36	38,3	25,2	14,1	8,4	6,6	4,7	2,7	14

Fonte: Elaboração Própria

A fadiga física, foi a dimensão que obteve maior score de burnout (36,1%), seguindo-se a fadiga cognitiva (26,3%) e por último a exaustão emocional (14%).

A seguir, apresento os resultados da caracterização sociodemográfica da amostra.

A amostra, é composta por diferentes classes profissionais, enfermagem, assistente social, animador sociocultural, medicina e auxiliares de ação direta. A maioria é do género feminino (97,3%), com a idade média de 46 anos, (variando entre 22 e 70 anos). Da análise do estado civil, verificou-se que 44,4% são casados, 13% vivem em união de facto e 11% são divorciados. Em relação à parentalidade, 86,1% dos participantes têm filhos, com uma média de dois filhos cada.

A média de anos de serviço desenvolvido na instituição é de 2 anos, variando entre 1 e 44 anos. Por outro lado, a média de anos de experiência profissional na área é de 15 anos. Para facilitar a leitura das restantes características demográficas, criou-se a tabela 2:

Tabela 2: Características Sociodemográficas

Escolaridade	Ensino Secundário: 39%; Ensino Superior: 19% 1º Ciclo: 14% 2º.Ciclo: 14% 3º. Ciclo: 14%
Vínculo Contratual à Instituição	Contrato em Regime Efetivo: 53% Contrato a Termo Certo: 36% Prestação de Serviço: 11%
Local de Trabalho	ERPI: 35,5% SAD: 27,7% Misto (ERPI e SAD): 38,8%
Fatas ao Trabalho	Últimos 12 meses
	Nunca: 38,8% Raramente: 36,1% Algumas Vezes: 19,4%
	Nos últimos 30 dias
	Nunca: 63,8% Raramente: 25% Algumas Vezes: 8,3%
Intenção de Deixar a Instituição	Sim: 55,4% Não: 44,5%
Diagnóstico Clínico de Patologias	Sim:38,9% (patologias: cardiovascular; metabólicas; sono; respiratória, ansiedade e depressão); Não:61,1
Toma de Medicação	Sim: 66,6% Não: 33,4%

De acordo com Sequeira (2022), uma variável é uma propriedade observável e mensurável, que pode ser classificada em duas categorias: as variáveis dependentes e as variáveis independentes. As variáveis dependentes correspondem aos efeitos esperados como

consequência das variáveis independentes, no presente estudo representadas pelo score total de burnout. Por outro lado, as variáveis independentes são aquelas que podem influenciar, ou não, o resultado da variável dependente, tendo sido consideradas as características sociodemográficas dos participantes.

Para examinar a relação entre variáveis numéricas, utilizou-se a Correlação de Pearson, um método estatístico que permite medir o grau de associação entre variáveis contínuas (Fortin, 2009). Neste estudo, essa técnica foi empregue para analisar a relação entre a idade dos participantes, o tempo de experiência profissional e o nível de burnout. Esta técnica é apropriada quando se pretende verificar a existência de uma associação linear entre duas variáveis numéricas, assumindo que estas apresentam uma distribuição normal. Caso as pressuposições da normalidade dos dados não fossem cumpridas, recorrer-se-ia a coeficientes de correlação não paramétricos, como a Correlação de Spearman (Fortin, 2009). No entanto, a análise preliminar dos dados não indicou desvios significativos à normalidade, permitindo assim a aplicação da Correlação de Pearson de forma apropriada.

Para a análise das variáveis independentes foram utilizados os testes não paramétricos, uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal. Pelo que se procedeu ao teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e adotou-se um nível de significância de 0,05, critério que permite determinar se a hipótese deve ser rejeitada ou aceite (Fortin, 2009).

Para determinar a relação entre o score de burnout e a idade, o número de anos em exercício de funções como cuidador formal, aplicou-se a Correlação Linear de Pearson, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Correlação Linear Simples (Pearson)

	Idade	Nº anos em Funções
Nº Anos Funções	0,624**	
Score <i>Burnout</i>	0,022	0,023
** $p < 0,01$; * $p < 0,05$		

Os resultados demonstram que não há evidências de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas ($p > 0,05$).

Para comparar os níveis de burnout entre os diferentes grupos das variáveis habilitações literárias, situação contratual e diagnóstico de doença, foram utilizados testes estatísticos não

paramétricos: o teste de Kruskal-Wallis, adequado para comparar três ou mais grupos independentes, e o teste de Mann-Whitney, apropriado para comparações entre dois grupos independentes. Esses testes são especialmente úteis quando os dados não seguem uma distribuição normal, permitindo avaliar se existem diferenças significativas nos níveis de burnout entre os grupos analisados (Fortin, 2009).

Habilitações Literárias e Burnout

Relativamente às habilitações literárias, observou-se que os indivíduos que têm o 3.º ciclo evidenciam níveis superiores de burnout, conforme indicado na análise estatística (MRk = 28) em comparação com os restantes grupos.

A hierarquia dos níveis de burnout entre os diferentes grupos foi a seguinte:

- 3.º ciclo: MRk = 28 (nível mais elevado)

Situação Contratual e Burnout

Quando os cuidadores formais, são expostos por longos períodos às exigências, pode surgir exaustão crónica e conseqüentemente surgir o burnout (Bakker& de Vries, 2021).

Os dados indiquem diferenças nos níveis de burnout entre os grupos analisados, essas variações não alcançaram significância estatística (Kruskal-Wallis = 5,309; $p > 0,05$). Isso sugere que as discrepâncias observadas podem ser atribuídas ao acaso, não refletindo uma diferença real entre as diferentes tipologias contratuais.

Diagnóstico de Doença e Burnout

Ao analisar a relação entre a presença de doenças diagnosticadas e os níveis de burnout, observou-se que indivíduos com alguma condição médica apresentam níveis médios de burnout mais elevados (MRk = 20) em comparação aos que não possuem diagnóstico de doença (MRk = 17). Contudo, essa diferença não atingiu significância estatística ($U = 130,00$; $p > 0,05$), indicando que, neste estudo, a presença de uma doença diagnosticada não está associada a variações significativas nos níveis de burnout.

A evidência, indica que a exigência laboral impacta negativamente a saúde dos cuidadores formais, deixando-os mais propensos à doença, potenciando os distúrbios do sono, as doenças cerebrocardiovasculares e a doença mental, como a ansiedade (Teng et al.,2021). Face à exigência laboral e para suprir o stress causado, está identificado o recurso à medicação, como estratégia para aliviar o stress (Ribeiro, et al., 2021).

Contudo, nesta investigação, pelos resultados obtidos não se pode inferir esta situação.

Para aprimorar a compreensão e interpretação dos resultados, compilou-se a Tabela 4.

Tabela 4: Análise Comparativa das Variáveis Nível Educacional, Vínculo Contratual e Presença de Doença Diagnosticada

Variável	N	MRk	Estatística	p
Habilitações Literárias				
1º Ciclo	5	15	5,309	0,257
2º Ciclo	5	18		
3º Ciclo	5	28		
Ensino secundário	14	18		
Ensino superior	7	16		
Situação contratual				
Quadro efetivo	19	23	6,472	0,039
Precário a termo	13	14		
Prestação de serviço	4	15		
Diagnóstico de doença				
Não	22	17	130,000	0,436
Sim	14	20		

MRk: *Mean Rank*

3.1.5. Problemas Identificados e Diagnóstico de Enfermagem

A identificação das necessidades constitui uma etapa fundamental na definição de prioridades de intervenção, garantindo um planeamento eficiente (Imperatori & Giraldes, 1993).

Dos resultados obtidos através da escala de BSM e do questionário, foram definidos os seguintes diagnósticos:

- Risco de capacidade comprometida para cuidar;
- Necessidade de apoio ao cuidador;
- Promoção do comportamento de manutenção da saúde.

Os diagnósticos foram elaborados em conformidade com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2.0 (ICN, 2015). O diagnóstico de enfermagem em saúde comunitária requer a identificação da interseção entre as necessidades expressas pela comunidade e as necessidades reais. Para tal, é fundamental a interação de proximidade entre

o enfermeiro e a comunidade, articulando estas necessidades com os resultados do diagnóstico de saúde pública (Melo, 2020, p. 11).

3.1.6. Considerações Éticas

A investigação na área da saúde, por envolver seres humanos, tem uma "particular relevância ética", devendo, o investigador, garantir a proteção dos participantes e respeitar a sua dignidade (Deodato, 2022, p. 97). O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da ESSATLA, tendo obtido parecer favorável (Anexo IV). É importante destacar que o título do projeto sofreu alterações, contudo, o registo do relatório de estágio está em conformidade com o título final: "Cuidar sem desgaste, fortalecendo quem cuida".

Os princípios éticos que regem a profissão de enfermagem⁷ nomeadamente a dignidade, a autonomia, não maleficência, justiça e confidencialidade, garantem a proteção dos direitos dos indivíduos, em contextos de investigação, os quais procurei respeitar ao longo deste projeto e passo a explicar.

A autonomia e a liberdade, refere-se à liberdade de decisão dos participantes, decidirem aceder ou recusar participar na investigação em curso, através da liberdade de escolha, sem qualquer punição. Previamente, à recolha dos dados, os participantes foram devidamente informados sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre o tempo necessário para o preenchimento dos questionários. Além disso, foi-lhes garantida total disponibilidade para esclarecimentos adicionais. Foram convidados a ler o termo de Consentimento Informado (Anexo V), cuja finalidade lhes foi devidamente explicada. O modelo de consentimento informado, livre e esclarecido adotado neste estudo está em conformidade com a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e a Convenção de Oviedo (Conselho da

⁷ O Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 (Portugal, 1998) e posteriormente alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015 (Portugal, 2015)

Europa, 1997). Esses documentos desempenham um papel fundamental na regulamentação ética e legal da pesquisa científica com seres humanos, garantindo que os direitos e a dignidade dos participantes sejam respeitados ao longo do processo de investigação. Enfatizou-se que a participação era voluntária, permitindo que desistissem do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou represália. Também foi assegurada a confidencialidade dos dados, reforçando o caráter sigiloso da pesquisa, que não envolvia custos para os participantes. De acordo com Deodato (2022), este procedimento garante que os participantes tomem sua decisão de forma livre e esclarecida. Ademais, após o preenchimento dos questionários, foi garantida a impossibilidade de identificação dos respondentes, reforçando a proteção dos dados e o anonimato dos participantes. O questionário e a escala, foram aplicados em papel, sendo destruído após a conceção da base de dados, que se encontra guardada no computador do investigador apenas pelo tempo necessário ao estudo em causa (Sequeira, 2022).

O princípio da não maleficência estabelece que toda investigação deve ser conduzida de forma a evitar qualquer tipo de dano, físico ou psicológico, aos participantes. No contexto de um projeto direcionado á prevenção do burnout em cuidadores formais, esse princípio assume uma relevância ainda maior, pois trata-se de um grupo particularmente vulnerável. O projeto, preconiza a implementação de estratégias para minimizar riscos decorrentes da atividade laboral, e adoção de medidas promotoras de bem estar, que pode melhorar a sua saúde e bem estar, individual e social. As medidas propostas, não preconizam a exposição dos cuidadores formais a fatores agravantes de burnout, ou qualquer outro risco para a sua saúde.

O princípio da justiça orienta a equidade no tratamento dos participantes, assegurando que a investigação seja conduzida de forma imparcial. A confidencialidade e o sigilo profissional garantem a proteção da identidade e dos dados apurados, garanti o anonimato dos participantes e o respeito pela sua privacidade. Assim, a salvaguarda destes princípios é

essencial para a legitimidade e a ética da investigação em saúde (OE, 2015). Os instrumentos de colheita de dados (a escala de BSM e o questionário sociodemográfico) foram aplicados com autorização prévia dos autores, Gomes (2012) e por Valido (2018). Foi igualmente solicitada a autorização (Anexo VI) à Direção da Instituição para aplicar os instrumentos e para implementar o projeto (Anexo VII).

3.2. Definição de Prioridades

Após a realização do diagnóstico e a identificação dos problemas de saúde, torna-se essencial estabelecer prioridades para orientar a tomada de decisões. Nesta fase, é fundamental determinar quais problemas requerem intervenção imediata. O que não significa descurar os outros problemas identificados, mas otimizar a gestão dos recursos disponíveis, pelas limitações orçamentais e défice de recursos materiais e humanos (Rodrigues, 2021; Melo, 2020).

Para proceder à priorização, existem diversas metodologias descritas, mas salienta-se a necessidade de envolver os profissionais de saúde e os representantes comunitários no processo (Melo, 2020).

Neste estudo, privilegiou-se a técnica do grupo nominal, trata-se de uma técnica frequentemente utilizada em saúde, pois permite a partilha estruturada de informação e a obtenção de feedback por um grupo de peritos (Rodrigues, 2021). Pelo que foi constituído um painel de peritos, composto pelos enfermeiros da USP e os diretores das instituições aderentes ao projeto X, descrito anteriormente. A reunião decorreu de forma online, através da plataforma Microsoft Teams, e foi moderada pela Enfermeira Responsável da USP.

Os problemas identificados foram posteriormente analisados e classificados pelos participantes com recurso a uma escala de Likert de 1 a 5 (1 - Nada prioritário, 5 - Muito prioritário). Conforme apresentado na Tabela 4, a sobrecarga dos cuidadores formais foi considerada a questão prioritária entre os problemas identificados (Tabela 5).

Tabela 5: Priorização dos Problemas Identificados

Problema	1	2	3	4	5
Isolamento Social dos Idosos em AD				X	
Dificuldade em Gerir Regime Terapêutico		X			
Sobrecarga dos Cuidadores Formais					X
Quedas nos Idosos			X		
Implementação de melhorias na carreira dos Cuidadores Formais	X				

3.3. Definição de objetivos

Esta etapa preconiza a elaboração dos objetivos, que devem estar alinhados com o diagnóstico previamente realizado e fundamentados em indicadores que conduzam a melhoria de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Melo (2020), existem diferentes tipos de objetivos, os objetivos gerais e os objetivos específicos.

O objetivo geral deste projeto de intervenção comunitária é:

- Prevenir o burnout em cuidadores formais que desempenham funções numa instituição de apoio social, nomeadamente nas respostas de ERPI e SAD.

Com base no objetivo geral, foram definidos três objetivos específicos:

- Capacitar os cuidadores formais para a adoção de comportamentos promotores de saúde, contribuindo para o seu bem-estar físico e emocional;
- Promover o aumento da literacia em saúde, potenciando a qualidade da assistência prestada aos idosos;
- Sensibilizar a direção da instituição e as parcerias comunitárias para a problemática do burnout nos cuidadores formais, fomentando a implementação de medidas preventivas.

3.4. Seleção de Estratégias e Execução do Projeto

Para Imperatori e Giraldes (1993), uma estratégia, consiste num conjunto de técnicas que permitem diminuir os problemas de saúde. Nesta etapa, pretende-se identificar as

abordagens mais adequadas para abordar os problemas de saúde identificados. Foram identificadas diferentes estratégias, tendo refletido acerca das mesmas.

A comunicação em saúde é uma estratégia essencial para informar a comunidade sobre questões relacionadas ao seu bem-estar e visa adequar a literacia em saúde. Através da transmissão de informação de forma clara e acessível, que possibilite capacitar os indivíduos para a tomada de decisões informadas, além de promover estilos de vida mais saudáveis e a adoção de comportamentos preventivos (OE, 2015).

A adequação da literacia em saúde para Galvão e Nogueira (2023) e Coelho e Alves (2024) nos cuidadores formais é fundamental para aprimorar as práticas e a qualidade dos cuidados prestados. Essa necessidade reveste-se de particular importância em áreas como as comorbidades, as incapacidades resultantes e a segurança dos idosos. Neste contexto, o local de trabalho é considerado um ambiente propício para a implementação de atividades que promovam a saúde e o bem-estar (DGS, 2021), como atividades de relaxamento e físicas, que têm demonstrado eficácia na melhoria do ambiente laboral e na redução do stress.

A capacitação, traduz a necessidade de atuar em parceria com os indivíduos ou grupos, empoderando-os, para a utilização dos recursos disponíveis, facultando informação e potenciando-os a desenvolver habilidades, para a concretização da sua saúde (OE, 2015). Neste domínio, foi através da diretora técnica, identificadas as áreas formativas, nomeadamente, cuidado ao idoso com demência, por ser o diagnóstico mais frequente nesta instituição, a gestão do luto, devido ao impacto emocional resultante da perda de utentes ao longo dos anos.

Para Andrade e Coelho (2024), as instituições não dispõem de recursos humanos suficientes para responder adequadamente às necessidades de saúde da população institucionalizada, particularmente no que diz respeito aos cuidados de saúde para pessoas com doenças crónicas. Pelo que, se deu primazia a temática do luto e da intervenção a idosos com demência, destacada pela diretora técnica, que referiu que, nos últimos anos, têm falecido muitos utentes, alguns dos quais sob os cuidados dos profissionais há muitos anos. Conforme relatado, "sinto que os profissionais se envolvem menos com os novos utentes, com receio de se afeiçoarem e perderem-nos...sei que isto as incomoda" (sic). Para Silva e colaboradores

(2018), a proximidade relacional entre cuidadores formais e idosos pode intensificar o impacto emocional da perda, aumentando o risco de burnout e comprometendo o bem-estar psicológico, a eficácia profissional e a percepção do sentido do trabalho. Essas estratégias são essenciais para fortalecer a capacidade dos cuidadores formais na gestão do stress, o que implica um compromisso tanto por parte dos próprios cuidadores quanto das instituições que os apoiam, conforme evidenciado por Santos et al. (2024). A adoção de tais práticas contribui para uma abordagem mais holística e eficaz na prestação de cuidados, promovendo a saúde e o equilíbrio dos profissionais envolvidos.

Com base nesses fatores, foi realizada uma reunião com a direção da instituição para informar da necessidade de prevenção do burnout e os benefícios do desenvolvimento deste projeto, dirigido aos cuidadores formais (Anexo VIII).

Com o intuito de divulgar o projeto e o agendamento das sessões (Dia e Hora), foi realizado um cartaz de divulgação do Projeto, que foi afixado na entrada principal da instituição (Anexo IX).

As sessões formativas dirigidas aos cuidadores formais foram elaboradas de acordo com os planos de sessão, que contemplam, o objetivo geral, os específicos, as estratégias de intervenção, e o local, horário e recursos necessários, conforme consta no Anexo X).

A estruturação das sessões educativas foi fundamentada nos princípios da formação eficaz, conforme os pressupostos de Stanhope & Lancaster (2011), os quais enfatizam a transmissão de uma mensagem clara e objetiva, a criação de um ambiente de aprendizagem favorável e a promoção de aprendizagens significativas, além do envolvimento ativo dos formandos e da implementação de um processo de avaliação com feedback geral acerca de cada sessão. As sessões foram apresentadas em Microsoft PowerPoint (Anexo XI) e incluíram imagens e vídeos ilustrativos sobre os temas abordados.

Foi, ainda, elaborado um questionário para que os cuidadores formais pudessem identificar as suas principais necessidades formativas. Os temas mais referenciados pelos profissionais foram o luto, os cuidados paliativos, a gestão do stress profissional e as estratégias de controlo da dor. Com base nestes resultados, a diretora técnica da instituição e um dos enfermeiros responsáveis comprometeram-se a incluir esses temas no programa formativo do ano 2025. De acordo com Carreira e Nogueira (2023), as organizações têm a missão fundamental de promoção da literacia em saúde, sendo essencial que invistam na capacitação dos

profissionais, incentivando a adoção de hábitos de vida saudável e que contribuam, para a redução do burnout e das consequências deste. Para assegurar a continuidade das iniciativas desenvolvidas, foi formada uma equipa de projeto, integrada pelos seguintes elementos: Enfermeira Orientadora de estágio, Diretora Técnica da instituição e o Enfermeiro responsável pela instituição. Esta equipa, assumiu o compromisso de dar continuidade ao projeto e averiguar a viabilidade de estabelecer parcerias futuras com o objetivo de o estender a outras instituições.

Tabela 6: Tabela Síntese das Intervenções desenvolvidas

Sessões de Formação	<p>“Cuidar do Idosos com demência”</p> <p>“Cuidar com Mente Saudável”</p> <p>“O luto no cuidado, promovendo a saúde”</p>
Atividade Lúdico Recreativa	<p>“Deliciam que cuidam”</p>
Parcerias Comunitárias	<p>UCC</p> <p>Câmara Municipal X</p>
Comunicação e Divulgação do Projeto	<p>Cartaz de Divulgação do Projeto</p> <p>Reunião com o Diretor da Instituição</p>

1ª. Sessão de Formação: Cuidar do Idosos com demência;

A sessão de capacitação teve como objetivo aprimorar os conhecimentos e competências dos cuidadores formais no âmbito dos cuidados a idosos com demência. Durante a formação, procurou-se aprofundar o conhecimento sobre as causas e manifestações da demência, desenvolver competências para a identificação de alterações comportamentais características da patologia e facilitar a aprendizagem de estratégias de comunicação eficazes, adaptadas às necessidades e limitações das pessoas com demência. Além disso, foram fornecidas

orientações práticas sobre cuidados essenciais, nomeadamente higiene, alimentação e promoção da atividade física, bem como sensibilização para estratégias de intervenção perante alucinações e delírios, enfatizando uma abordagem centrada na pessoa.

A sessão promoveu momentos de reflexão e discussão ativa, permitindo aos participantes explorar os desafios enfrentados na prestação de cuidados a pessoas com demência. No encerramento, foi partilhada uma música relacionada com a temática, que serviu como um elemento catalisador para a partilha de experiências e dificuldades vivenciadas pelos cuidadores. Esse momento proporcionou um espaço de interação e troca de perceções, favorecendo a construção coletiva de conhecimentos e estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2ª. Sessão de Formação: Cuidar com Mente Saudável;

A segunda intervenção teve como objetivo geral promover a adoção de práticas de autocuidado que contribuam para o bem-estar físico, emocional e social dos participantes. Para tal, pretendeu-se sensibilizá-los para os benefícios do autocuidado no quotidiano, alertá-los para os riscos associados à sua negligência e evidenciar o impacto positivo dessas práticas no bem-estar geral. Além disso, foram apresentados os recursos disponíveis na comunidade que podem apoiar a implementação de estratégias de autocuidado e foi realizada uma atividade prática de relaxamento através da musicoterapia e respiração induzida. Capacitar os cuidadores formais para reconhecerem os sinais de stress e assumirem um papel ativo na gestão da sua própria saúde é fundamental. Para isso, é essencial promover o desenvolvimento de estratégias como técnicas de relaxamento, adoção de hábitos de vida saudáveis, higiene do sono e o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal/familiar, contribuindo para o bem-estar e a sustentabilidade do desempenho profissional (Antunes & Pereira, 2023).

Durante a sessão, foram divulgadas atividades desportivas (dança, grupo de caminhada, yoga, etc.) disponibilizadas gratuitamente pelo município, com o intuito de incentivar a sua adoção de forma acessível des. No final da formação, houve um momento de partilha entre as participantes e a formadora, no qual algumas expressaram que nunca tinham experienciado esse tipo de atividade e que ficaram surpreendidas com o impacto positivo do relaxamento.

Relataram ainda dificuldades em se distanciar mentalmente do trabalho, o que sustenta a importância de implementar programas de práticas regulares de autocuidado e atividade física.

Foi utilizada uma técnica de quebra-gelo, considerada uma atividade ou exercício planejado para fomentar a interação e reflexão dos participantes. Esta técnica foi aplicada para explorar o tema do luto e a importância de adquirir hábitos saudáveis. Permitindo, a troca de ideias e a autorreflexão, incentivando o autoconhecimento e a construção coletiva do conhecimento (Rodrigues, 2021). Durante a sessão, foi distribuída uma folha em branco a cada profissional, incentivando-os a redigir uma listagem com os cinco aspectos mais significativos da sua vida. Posteriormente, foram convidados a refletir sobre a forma como poderiam dedicar mais tempo a esses elementos fundamentais. A partilha das escolhas foi voluntária, sendo que apenas aqueles que manifestaram interesse apresentaram as suas reflexões ao grupo. Entre os aspectos mais mencionados destacaram-se a saúde, a vida, a família e, em particular, os filhos, evidenciando a relevância dos laços afetivos e do bem-estar físico e emocional na percepção de qualidade de vida dos profissionais. Este quebra-gelo funcionou como um ponto de partida para a introdução do tema da sessão, reforçando a importância de investir na promoção da saúde e do bem-estar para que seja possível desfrutar plenamente das prioridades identificadas. A reflexão conjunta permitiu que os participantes reconhecessem a necessidade de adotar mudanças no cotidiano que favoreçam a sua qualidade de vida, destacando a pertinência da temática abordada na sessão. Assim, o momento inicial serviu não apenas como um espaço de introspecção, mas também como um incentivo para a implementação de estratégias que promovam o autocuidado e a valorização do equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

3ª. Sessão de Formação: O luto no cuidado, promovendo a saúde

A terceira sessão teve como objetivo geral capacitar os cuidadores formais para compreenderem o impacto do luto no seu bem-estar emocional, físico e profissional. Durante a formação, foi apresentado o conceito de luto de forma clara e contextualizada à prática dos cuidadores, permitindo uma melhor compreensão dos diferentes tipos de luto que podem ocorrer no âmbito do cuidado, bem como das fases inerentes a esse processo. Além disso,

foram explorados os impactos emocionais do luto no cotidiano dos profissionais, destacando as implicações físicas e sociais que essa vivência pode ter tanto na vida pessoal como no desempenho profissional.

A sessão também teve um caráter prático, introduzindo ferramentas que auxiliam na gestão do luto no contexto profissional e incentivando os cuidadores formais a adotar estratégias específicas para lidar com essa experiência de forma saudável. No final do encontro, os participantes refletiram sobre a sua vivência com a perda e reconheceram que, apesar do contacto frequente com a morte, sentem dificuldade em gerir as emoções associadas. Relataram, ainda, uma tendência para reprimir os sentimentos e descurar o seu próprio bem-estar emocional, o que reforça a necessidade de estratégias eficazes de apoio psicológico e de formação contínua para promover uma abordagem mais saudável ao luto no exercício da profissão.

Atividade Lúdico-Recreativa: Deliciam que cuidam

Por último, foi desenvolvida a atividade lanche partilhado entre idosos e cuidadores formais, com o intuito de promover a interação, o reconhecimento e a valorização do trabalho dos cuidadores formais. Durante este momento de convívio, os idosos manifestaram a sua gratidão através da entrega de um quadro elaborado por eles próprios, simbolizando o reconhecimento pelo cuidado recebido, que foi afixado na entrada principal da instituição. A atividade foi registada fotograficamente e encontra-se documentada no Anexo XII. Tanto os profissionais como os idosos demonstraram satisfação com a iniciativa, evidenciando a importância de momentos de proximidade e reconhecimento no contexto institucional. Alguns cuidadores expressaram que raramente sentem esse tipo de valorização por parte da instituição, relatando que o seu trabalho, apesar de altamente exigente, é frequentemente desconsiderado. Relataram ainda que a ausência de reconhecimento formal e a perceção de indiferença por parte da direção contribuem para um sentimento de desmotivação. No entanto, destacaram que o carinho e a gratidão manifestados pelos idosos representam um fator essencial para a sua motivação diária. Referiram, ainda, que atividades desta natureza são fundamentais para reforçar o sentido de propósito e fortalecer o seu compromisso com o

bem-estar dos idosos, proporcionando-lhes um reforço emocional necessário para enfrentar os desafios inerentes à profissão.

Foram estabelecidas parcerias estratégicas, entendidas como alianças com entidades que visam atingir metas conjuntas no âmbito da saúde (OE, 2015). A necessidade de estabelecer estas parcerias justifica-se pela sua intervenção facilitadora na de resolução dos problemas (Pender et al., 2015). Foi realizada uma reunião na Câmara Municipal com as Vereadoras responsáveis pelos pelouros da Saúde e da Área Social, com o objetivo de apresentar o projeto, destacando, em particular, o diagnóstico realizado sobre o burnout entre os cuidadores formais e o impacto que essa condição pode ter na qualidade dos cuidados prestados aos idosos do município. Durante a apresentação, foi enfatizada a urgência da intervenção, alertando-se para a necessidade de medidas que promovam o bem-estar destes profissionais. No decorrer da reunião, discutiu-se a possibilidade de desenvolver um maior apoio aos cuidadores, nomeadamente através do acompanhamento psicológico prestado pelas profissionais da área. A receção ao projeto e à intervenção foi extremamente positiva, tendo sido reconhecida a relevância da temática e parabenizada a iniciativa. No entanto, foi esclarecido que, no momento, não há possibilidade de expandir o apoio psicológico atualmente oferecido pelas psicólogas contratualizadas pela Câmara Municipal. Apesar desta limitação, assinalou-se a possibilidade de alargar o horário de atendimento da psicóloga alocada à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), aumentando-o em cinco horas semanais. As vereadoras comprometeram-se a levar esta proposta a debate na próxima Assembleia Municipal, sendo este um desfecho considerado muito positivo e produtivo, uma vez que evidencia um reconhecimento da problemática e uma abertura para futuras melhorias no apoio aos profissionais da área dos cuidados aos idosos.

A reunião permitiu envolver a direção na problemática, alertando para as melhores práticas baseadas na evidência científica neste âmbito e reforçando a necessidade de adotar medidas eficazes para mitigar os impactos do burnout. Foi enfatizada a importância de implementar estratégias alinhadas com as recomendações mais atuais, garantindo o bem-estar dos cuidadores e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

A principal motivação para as instituições desenvolverem programas de saúde está frequentemente associada ao cumprimento das obrigações legais. No entanto, segundo Rodrigues (2021), essa motivação deve estar centrada na promoção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores. A adoção dessa cultura organizacional é essencial para garantir ambientes laborais mais saudáveis, prevenindo o desgaste físico e emocional dos profissionais e promovendo uma maior qualidade de vida no trabalho.

3.6. Custos e Orçamento do Projeto

A equipa responsável pela gestão do projeto deve considerar os custos, os desafios, a relevância, bem como os benefícios e limitações associados a cada estratégia previamente estabelecida (Imperatori & Giraldes, 1993).

O projeto é inovador, não existindo quaisquer desta temática, desenvolvidos nesta área geodemográfica. Pelo que é necessário calcular os custos globais inerentes ao seu desenvolvimento. As despesas apresentadas relacionam-se com despesas relativas à aquisição de bens, como por exemplo o computador, o projetor e as despesas correntes, das quais são exemplo o pagamento ao enfermeiro, e aquisição materiais de consumo (papel, lanche e impressões (Imperatori& Giraldes 993). Assim, o projeto “Cuidar sem Desgaste, fortalecendo quem Cuida” apresenta um orçamento estimado de 3.599 euros (Tabela 7).

Tabela 7: Orçamento do projeto

Material de Apoio e Recursos Humanos		Valor (euros)
	Computador	650 €
Material	Coluna	21,90 €
Informático/	Videoprojector	129 €
Multimédia	Fotocópias	18 €
	Internet	182 €
Atividade de	Quadro de Louvor	75 €
Convívio	Lanche	84 €
Marketing	Impressões a cores (Cartaz de divulgação e certificados)	39 €
Recursos Humanos	Enfermeiro	2400€
TOTAL		3599€

3.6. Avaliação do Projeto

A avaliação do cumprimento dos objetivos exigiu a seleção de indicadores, os quais foram classificados em duas categorias: indicadores de atividade, que possibilitam a avaliação das mudanças ocorridas ao longo da intervenção, e indicadores de resultado, que se referem à mensuração das atividades realizadas (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com esta linha de raciocínio, apresenta-se na Tabela 6 os indicadores estabelecidos para este projeto.

Todas as sessões de formação previstas foram integralmente realizadas, registrando uma taxa de assiduidade superior a 70%. Observou-se uma melhoria de conhecimentos na ordem dos 38%, evidenciando a eficácia da abordagem pedagógica adotada. A esmagadora maioria dos participantes manifestou satisfação em relação ao desempenho do formador, e a totalidade dos inquiridos classificou o projeto como "bom" ou "muito bom", corroborando a relevância e qualidade da iniciativa.

Tabela 8: Indicadores de Atividade

Indicadores de Atividade/Execução	Metas
<p>Sessões de Formação Realizadas:</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de Sessões Realizadas}}{N^{\circ} \text{ Total de Sessões Planeadas}} * 100$	Realizar 100% das Sessões Planeadas
<p>Assiduidade dos Cuidadores Formais</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de Cuidadores Formais Participantes}}{N^{\circ} \text{ Total de Cuidadores Formais}} * 100$	Obter 70% da participação
<p>Melhoria de Conhecimentos em 30%:</p> <p>Classificação das Ficha Final de Conhecimento (pós-intervenção) - Classificação da Ficha de Conhecimento (pré intervenção)*100</p>	Melhoria de conhecimentos em 30%
Avaliar o desempenho do formador	Obter 80% com resultado Satisfeito ou Totalmente Satisfeito
Avaliação geral da Formação	Obter 80% com resultado Bom ou Muito Bom

Fonte: Elaboração Própria

A avaliação do projeto corresponde à última etapa do processo de Planeamento em Saúde. A análise dos resultados, permite comparar as metas definidas inicialmente e concluir se foram atingidas, superadas ou eventualmente ficaram aquém (Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Rodrigues (2021), existem diversas metodologias de avaliação, destacando-se duas principais abordagens. A primeira é a avaliação centrada na análise dos objetivos, que verifica se as metas previamente estabelecidas foram atingidas. A segunda é a avaliação dos efeitos do projeto na comunidade, que analisa o impacto das ações implementadas e os benefícios gerados para a população.

Procedeu-se à avaliação dos indicadores, conforme apresentado na Tabela 7, evidenciando que todas as metas definidas foram atingidas com êxito.

Tabela 9: Tabela de Indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado	Metas	Resultados	Avaliação
<p>Sessões de Formação Realizadas:</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de Sessões Realizadas}}{N^{\circ} \text{ Total de Sessões Planeadas}} * 100$	Realizar 100% das Sessões Planeadas	100% das Sessões Realizadas	Atingido
<p>Assiduidade dos Cuidadores Formais</p> $\frac{N^{\circ} \text{ de Cuidadores Formais Participantes}}{N^{\circ} \text{ Total de Cuidadores Formais}} * 100$	Obter 70% da participação	1ª Sessão_ 74%; 2ª Sessão_ 81%; 3ª Sessão_ 81%; 4ª Sessão_ 76%; Média= 78%	Atingido
<p>Melhoria de Conhecimentos em 30%:</p> <p>Classificação das Ficha Final de Conhecimento (pós-intervenção) - Classificação da Ficha de Conhecimento (pré intervenção)*100</p>	Melhoria de conhecimentos em 30%	1ª Sessão_ Melhoria de 32% 2ª Sessão_ Melhoria de 40,5% 3ª Sessão_ 44,3 % Média= 38,9%	Atingido
Avaliar o desempenho do formador	Obter 80% com resultado Satisfeito ou Totalmente Satisfeito	97% dos Inquiridos está Satisfeito ou Totalmente Satisfeito com o Formador	Atingido
Avaliação geral da Formação	Obter 80% com resultado Bom ou Muito Bom	100% dos Inquiridos avalia a formação Bom ou Muito Bom	Atingido

Fonte: Elaboração Própria

Para Rodrigues (2021), projetos que preconizam, fortalecer o bem-estar e o empoderamento das comunidades podem não gerar impactos instantâneos, exigindo um processo contínuo de implementação e avaliação. Dessa forma, optou-se por avaliar o comportamento, postura e participação dos cuidadores formais durante a sessão de formação, recorrendo a uma tabela de observação dos formandos (Tabela 10).

Tabela 10: Tabela de Observação dos Formandos

	Sim	Não
Os formandos mantiveram-se atentos durante a sessão de formação	X	
Os formandos participaram (espontaneamente) colocando questões	X	
Os formandos deram um feedback positivo no final da sessão	X	

Fonte: Elaboração Própria

A utilização de uma tabela de observação do comportamento dos formandos permitiu uma avaliação objetiva do envolvimento e participação dos cuidadores formais durante as sessões formativas. A análise dos dados recolhidos revelou um resultado positivo, evidenciado pelo feedback favorável e pela manifestação de agradecimento dos participantes ao final de cada sessão. Este reconhecimento demonstra não apenas a relevância do apoio prestado, mas também a importância da oportunidade de reflexão proporcionada sobre os temas abordados. Estes achados estão alinhados com a perspectiva de Miranda (2020), que destaca a postura atenta, a colocação de questões e o retorno positivo dos formandos como indicadores do seu interesse e envolvimento no processo formativo. Em seguida, apresento algumas das afirmações e comentários dos formandos nas sessões: “nunca tinha refletido acerca da importância de cuidar de mim”; “obrigado, por reconhecer o nosso trabalho” ;“É importante sentirmo-nos apoiados e orientados no nosso trabalho”; “ Senti-me, ouvida”; “Obrigado, por me deixar expor as minhas ideias”; “gostei que ouvisse as minhas dificuldades e me apoiasse”.

4. ANÁLISE E REFLEXÃO

4.1. Discussão de Resultados

A aplicação da escala de BSM, evidenciou que sobrecarga física é a dimensão mais expressiva, as investigações de Ribeiro (2021), indica que o cansaço físico, constitui um dos principais fatores para o burnout. Os indivíduos, que detêm o 3º ciclo de escolaridade, são os que apresentam os níveis mais elevados de burnout, enquanto os profissionais com formação a nível do ensino superior registam níveis significativamente inferiores. Este achado corrobora os estudos de Meireles (2015) e Maslach (2001), que também identificam maiores níveis de burnout em indivíduos com menor qualificação académica.

Relativamente à situação contratual, verificou-se que os cuidadores formais com vínculo de trabalho em regime efetivo apresentam níveis significativamente superiores de burnout, em comparação com os colegas com contrato a termo ou a prestação de serviços. Estes dados são consistentes com os estudos de Dias (2020) e Campos (2020), que também identificam uma relação entre a estabilidade contratual e o burnout.

Com base na análise dos dados obtidos neste estudo, pode-se presumir que esta relação pode dever-se ao tempo de permanência na instituição de 40 horas semanais, aumentando o tempo de contacto e o envolvimento emocional com os idosos. A falta de progressão na carreira, identificada como um fator preponderante para o burnout, conforme o estudo de Marques (2023), e a reduzida compensação, contudo carece de validação (Antunes & Pereira, 2023, DGS, 2018).

Em 61% da amostra, confirma a presença de doenças diagnosticadas, como a diabetes, a hipertensão arterial, ansiedade, a depressão e alterações no sono, patologia, que são identificadas na pela evidencia científica, que surgem em consequência da exposição prolongada às exigências laborais (Antunes & Pereira, 2023) contudo, não se confirmou nesta investigação.

A toma de medicamentos, confirmada por 66,6% dos participantes, o pode sugerir uma tentativa para lidar com a adversidade do trabalho e conseqüente impacto individual. Os fármacos mais frequentemente referidos incluem, medicamentos indutores do sono, antidepressivos, anti hipertensores, tranquilizantes e antidiabéticos, contudo, a relação estatística não é suficiente, para apurar.

A exigência do trabalho e a exigência emocional no ambiente laboral, podem reforçar o impacto negativo na saúde dos cuidadores formais. Bem como o trabalho por turnos em regime de horário rotativo em 72% da amostra como fator que potencia o risco de burnout. Este achado está em linha com as conclusões do relatório da DGS (2021) sobre a vigilância de riscos psicossociais no trabalho.

Mais de metade (55,5%) da amostra, afirma, que deixariam a instituição caso tivessem essa oportunidade. A ausência de uma exploração aprofundada das justificações para esta resposta impede uma análise mais detalhada dos fatores subjacentes à insatisfação. Contudo, salienta-se a ausência de programas estruturados de bem-estar dirigido aos cuidadores formais, associada à elevada exigência física e emocional da profissão, à reduzida oportunidade de formação contínua e à inexistência de uma progressão de carreira, constitui um fator determinante para a elevada taxa de profissionais que, caso tivessem a oportunidade, manifestam a intenção de abandonar a instituição (Antunes & Pereira, 2023). Pelo que o projeto “Cuidar sem desgaste: fortalecendo quem cuida”, focado na redução do burnout nos cuidadores formais é fundamental para mitigar os fatores adversos à saúde dos cuidadores formais e ampliar as oportunidades de formação, qualidade dos cuidados prestados e a satisfação profissional.

O burnout está diretamente associado ao aumento do absentismo, à redução da produtividade, à deterioração da qualidade do trabalho, ao afastamento por motivos de saúde, bem como a elevados índices de rotatividade e despedimentos (Ribeiro et al., 2021). Nesse contexto, o projeto **“Cuidar sem desgaste, fortalecendo quem cuida”** apresenta potencial para gerar um impacto positivo, promovendo a satisfação laboral e a melhoria do ambiente de trabalho. Para isso, propõe a implementação de atividades lúdicas, desportivas

e de relaxamento, favorecendo o convívio e o fortalecimento das relações interpessoais entre os cuidadores formais (Antunes & Pereira, 2023).

Além disso, as ações desenvolvidas no âmbito do projeto serão orientadas para a promoção do autocuidado e de um estilo de vida saudável, enfatizando a importância de uma alimentação equilibrada e de hábitos de sono adequados. Essas intervenções não apenas contribuem para a redução do absentismo e para o aumento da produtividade, mas também exercem um impacto positivo na retenção dos profissionais. A médio prazo, espera-se uma diminuição significativa da rotatividade, mitigando o abandono precoce das funções e favorecendo a permanência dos cuidadores no exercício das suas atividades (DGS, 2021; Antunes & Pereira, 2023).

4.3. Limitações do projeto

A principal limitação deste projeto, refere-se ao tamanho reduzido da amostra, dado que a investigação foi conduzida exclusivamente numa única instituição da área geodemográfica.

A amostra foi determinada através de metodologia não probabilística e por conveniência, facto que compromete a generalização dos resultados obtidos (Sequeira, 2022).

Esta investigação não explorou a considerável taxa de respostas positivas à questão "Se pudesse, deixaria a instituição". Apenas a diretora técnica se manifestou nesse sentido, atribuindo essa intenção à inexistência de progressão na carreira, aos baixos salários e às exigências do trabalho. Na literatura, essas circunstâncias são identificadas como potenciais fatores de risco para o desenvolvimento do burnout, conforme indicado no estudo de Leka e colaboradores (2017). A maioria da amostra, trabalha em regime de rotatividade por turnos, que inclui trabalho noturno, considerado potenciador de burnout. Facto que pode condicionar a conciliação com a vida relacional e familiar, a maioria é casada e vive em união de facto e tem filhos. A incompatibilidade entre estas dimensões pode ser geradora de burnout, insatisfação laboral e inclusivamente abandono precoce da atividade laboral (Gragano et al., 2020), esta área que carece de maior dinamização de investigação.

A dimensão da liderança institucional não foi explorada, apenas foi identificada pela informante chave, a problemática, relativa á "ausência e desvalorização do trabalho

desenvolvido na valência de idosos”, em comparação com outras valências da instituição. A evidência identifica a relação o burnout dos profissionais e o tipo de liderança na instituição (Pfeffer, 2021). A liderança é crucial na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, influenciando a motivação, o bem-estar dos cuidadores formais e a qualidade dos serviços. Uma gestão eficaz reduz o stress ocupacional, previne o burnout, , refletindo-se na saúde dos trabalhadores e na humanização dos cuidados (Antunes & Pereira, 2023).

Adicionalmente, houve uma restrição temporal imposta pelo alinhamento com o percurso académico e o período de estágio, o que impediu a realização de uma reaplicação da BSM num momento posterior, mas que será aplicada pela equipa de projeto.

É essencial monitorizar e avaliar os resultados para garantir a eficácia das intervenções e identificar oportunidades de melhoria. Essa avaliação deve basear-se em critérios como o grau de consecução dos objetivos definidos e os benefícios alcançados, permitindo um aperfeiçoamento contínuo das práticas adotadas (Antunes & Pereira, 2023; Melo,2022)

Posso concluir que a identificação das limitações desta investigação, salienta a necessidade de desenvolver mais estudos sobre o burnout em cuidadores formais, ampliando a base de evidência científica nesta área. Em investigações futuras poderão contribuir para a integração das melhores práticas baseadas em evidência, promovendo intervenções mais eficazes e sustentáveis. Além disso, um conhecimento mais robusto sobre os fatores associados ao burnout poderá influenciar políticas de saúde, incentivando a implementação de medidas preventivas e estratégias de suporte que assegurem melhores condições de trabalho e bem-estar para estes profissionais (Sequeira, 2022).

Partilho, o incentivo para a exploração e o investimento contínuo nesta área do conhecimento.

4.4. Competências Adquiridas

Neste capítulo, pretendo uma reflexão acerca das competências de EEESCSP e das competências de mestre, conforme contemplado no Regulamento n.º 428/2018, e no Decreto-Lei n.º 65/2018, que no seu artigo 15.º estabelece as competências do grau de mestre.

4.4.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências definidas no Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, para enfermeiros especialistas abrangem quatro domínios fundamentais:

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: Foram rigorosamente respeitados os princípios deontológicos inerentes à profissão de enfermagem. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, a responsabilidade do enfermeiro face à comunidade fundamenta-se, primordialmente, na promoção da saúde e na prestação de cuidados de enfermagem adequados, com respeito pelos direitos humanos. Salvaguardado pela apreciação da comissão de ética da ESSATLA, e salvaguardado o direito de participação de forma livre, informada e esclarecida dos participantes no estudo através do consentimento informado.

O projeto, estruturou-se com base na identificação das necessidades de saúde de uma comunidade, e procura evidência através de metodologia adequada, desenvolver um projeto adequado às necessidades identificadas. Sem qualquer risco ou prejuízo para os participantes. Garante-se que os dados serão mantidos em anonimato, serão utilizados exclusivamente para fins de investigação e após este período serão eliminados (Sequeira, 2022).

1- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade: Com vista a desenvolver esta competência, colaborei no desenvolvimento de projetos implementados de cariz nacional e local na unidade de USP e de UCC, que pretendem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à população. A minha colaboração incluiu a participação em atividades dirigidas à população, nomeadamente sessões de promoção da saúde direcionadas a diferentes grupos-alvo. Sob a orientação da enfermeira supervisora, desenvolvi uma instrução de trabalho

no (Anexo XIV), domínio da Avaliação da Dor e das Estratégias de Intervenção Farmacológica e Não Farmacológica, com o objetivo de uniformizar os procedimentos de avaliação, intervenção e registo adotados pelos enfermeiros no contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Esta norma visa garantir uma abordagem padronizada e baseada na melhor evidência científica disponível, promovendo a eficácia e a segurança na prestação de cuidados. Colaborei na realização avaliação anual da satisfação dos profissionais de saúde da UCC (elaboração do questionário, interpretação e avaliação dos resultados). O Projeto que desenvolvi, “Cuidar sem desgaste, fortalecendo quem cuida”, procura intervir num problema de saúde identificado na comunidade e a sua resolução implica a mobilização da equipa de saúde e de parceiros comunitários. As intervenções desenvolvidas, foram sustentadas melhor evidencia científica disponível (OE, 2019).

2- Domínio da Gestão dos Cuidados: A gestão dos cuidados de enfermagem implica otimizar as respostas da equipa e garantir uma articulação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde. Nesse sentido, participei ativamente em reuniões quinzenais da equipa da UCC, destinadas à avaliação das atividades desenvolvidas e à discussão dos planos de cuidados dos utentes, na reunião da equipa de gestão de altas da ECCI e da EPVA. Estas reuniões proporcionaram um espaço de reflexão conjunta, permitindo aperfeiçoar as intervenções com base na perspetiva e contributo dos diversos profissionais envolvidos, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz. Além disso, colaborei na elaboração de uma instrução de trabalho direcionada aos assistentes operacionais, com o objetivo de padronizar e orientar boas práticas, garantindo a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

A avaliação da satisfação no trabalho está prevista na Lei de Bases da Saúde desde 1990, sendo reconhecida como um dos indicadores fundamentais para a avaliação do desempenho do SNS. Este critério é analisado em conjunto com a satisfação dos utentes, a qualidade dos cuidados prestados pela UCC (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990). No âmbito deste estudo, colaborei na abordagem aos utentes, na análise e interpretação dos resultados obtidos, bem como na reunião de equipa, onde os dados foram apresentados e debatidos.

Procurei fomentar a comunicação eficaz e o espírito de equipa, prevenindo conflitos e promovendo um clima organizacional positivo, através da disponibilização para colaborar nas diversas atividades desenvolvidas nas unidades funcionais (Cunha, 2022).

3- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: O enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, humana e técnica na prestação de cuidados dentro da sua área de especialidade (OE, 2019). Dada a especificidade do tema do meu projeto de estágio, o burnout, investi na formação contínua nesta área, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo estratégias de intervenção.

Desenvolver a capacidade de reflexão e autoconhecimento implica um processo contínuo de análise acerca da capacidade de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas, o que constitui uma oportunidade de melhoria (Melo, 2022). Neste sentido, procurei aprimorar a minha prática profissional através da análise crítica das minhas ações, especialmente no que concerne à gestão de sentimentos e emoções na prestação de cuidados em contextos desafiadores. Destaco, em particular, a abordagem a famílias disfuncionais, crianças negligenciadas e reclusos em estabelecimentos prisionais, situações que exigem uma atuação profissional isenta e centrada nas necessidades dos utentes e em respeito dos seus valores e crenças (Cunha, 2022; OE, 2019).

Este acompanhamento permitiu-me desenvolver competências para lidar com realidades complexas, assegurando uma prestação de cuidados pautada pela ética, empatia e profissionalismo. Os estágios desenvolvidos proporcionaram experiências em contextos de elevada complexidade, favorecendo o desenvolvimento de competências na gestão das emoções e do stress, bem como na identificação dos próprios limites pessoais (Melo, 2022; OE, 2019).

4.4.2 - Competências de EEESCSP

Considerando a complexidade dos problemas de saúde identificados na comunidade, o EEESCSP, deve possuir uma elevada capacidade de planeamento em saúde, garantindo a implementação de estratégias eficazes e sustentáveis que respondam às necessidades da população

- 1. Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

No âmbito desta competência, procedeu-se à avaliação do estado de saúde da comunidade em estudo, recorrendo à aplicação de instrumentos de colheita de dados que permitiram a formulação do diagnóstico. Garantindo a eficiência das intervenções, através da gestão meticulosa dos escassos recursos disponíveis, tendo em conta a ponderação dos benefícios e dos custos (Melo, 2020). Para tal, foram mobilizados indicadores epidemiológicos, o Plano Local de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS), diversos programas de saúde aliada à melhor evidência científica, que possibilitou a priorização do burnout em cuidadores formais (Melo, 2020). O diagnóstico de saúde Comunitária, exigiu a identificação das necessidades identificadas na comunidade e as necessidades expressas pela comunidade (Melo, 2020).

Foi realizada uma avaliação sistemática do projeto, o que possibilitou a conceção de medidas estratégicas para assegurar a continuidade e sustentabilidade do projeto, futuramente.

2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

A capacitação de grupos e comunidades envolve a descentralização da tomada de decisão, permitindo que a própria comunidade assuma ativamente a sua responsabilidade para a resolução dos seus problemas (Melo, 2022). No âmbito da liderança deste projeto, foi promovida a capacitação da comunidade em questão, com o objetivo de favorecer a melhoria do seu estado de saúde e o exercício pleno da cidadania. A concretização desta iniciativa foi viabilizada através da parceria estabelecida entre a UCC, a Camara Municipal e a instituição de apoio social a idosos, com o propósito de reduzir e prevenir o burnout nos cuidadores formais (OE, 2015).

O projeto integrou um conjunto de medidas centradas na prevenção, proteção e promoção da saúde, alinhadas com o diagnóstico de burnout em contexto laboral. Para tal, foram disponibilizadas informações sobre os recursos comunitários gratuitos existentes, incluindo espaços e atividades de promoção da atividade física e atividades formativas, acessíveis de forma gratuita. Foi igualmente, promovido a alargamento do horário de atendimento da psicóloga afeta à UCC. A identificação, deste problema na comunidade, possibilitou a oportunidade de prescrever e implementar intervenções adequadas. E, posteriormente proceder a monitorização das intervenções, ajustando-as se necessário de forma a eliminar o problema. O que exigirá um elevado rigor técnico e científico, bem como a premente necessidade de envolver outros profissionais, no caso específico, a psicologia (Melo, 2022;OE,

2015). Procedi á avaliação, dos resultados das intervenções implementadas permitiu evidenciar resultados positivos, bem como a aquisição e consolidação de conhecimento por parte dos participantes, reforçando a pertinência e a eficácia das estratégias adotadas. O presente projeto é documentado, e toda a informação fica na posse da enfermeira coordenadora da UCC e responsável pelo projeto (OE, 2018).

Contribuiu de forma significativa, para os resultados positivos, a identificação da necessidade específica de informação desta comunidade, que determinou os temas trabalhados (luto, demência e autocuidado), bem como a identificação das necessidades dos profissionais (contributo reunido para o plano formativo 2025) (OE, 2018). Importa salientar, que este resultado, foi alicerçado, também no respeito pela capacidade, crenças e desejo da comunidade em estudo, que foram envolvidas, na resolução do problema (OE, 2025).

No âmbito do Programa de Saúde Escolar (DGS, 2015), tive a oportunidade de intervir em contexto de saúde escolar, através da realização de sessões de promoção da saúde oral para crianças do pré-escolar e do 1.º ciclo de um agrupamento escolar. E, elaborei dois Planos de Saúde Individual (PSI), direcionados para a capacitação de professores e auxiliares escolares sobre a intervenção em situações de convulsão e atuação em casos de alergia alimentar e prevenção da mesma. O PSI incluir informação detalhada e medidas de atuação, garantindo que os profissionais docentes e não docentes estejam preparados para lidar com estas emergências no ambiente escolar. Também participei nas reuniões do Programa de Saúde Escolar (PES), onde foram analisadas e discutidas diversas questões relacionadas com a promoção da saúde no contexto escolar. Durante estas reuniões, foi realizada a avaliação das atividades desenvolvidas no ano letivo anterior, com o intuito de identificar pontos fortes e áreas de melhoria. E, procedeu-se ao planeamento das futuras intervenções a implementar no decorrer do ano letivo em curso, assegurando a continuidade e a adequação das estratégias às necessidades da comunidade escolar. Esta experiência reforçou a necessidade premente de o enfermeiro saber identificar e mobilizar os diversos recursos disponíveis na comunidade, promovendo a saúde e a satisfação dos utentes. Para isso, é essencial reconhecer as diferentes áreas do conhecimento e o contributo de cada uma na geração de aprendizagem e no fortalecimento das competências para a promoção da saúde.

Por exemplo, os bombeiros podem abordar temas como a intervenção em situações de incêndio e medidas de autoproteção, enquanto as forças de segurança, como a GNR, podem sensibilizar para questões de segurança rodoviária, bullying e cibercrime. Neste contexto, cabe ao enfermeiro especialista gerir e articular a participação destes diversos intervenientes, assegurando uma abordagem integrada e eficaz em prol do bem-estar da comunidade, reconhecendo que o trabalho colaborativo é fundamental (Melo, 2022; OE, 2015).

3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS: o projeto, “Cuidar sem desgaste: fortalecendo quem cuida”, regeu-se pelos objetivos estratégicos definidos no PNS que salienta a importância das atividades comunitárias para a obtenção de ganhos em saúde. E está consonante com uma das áreas prioritárias, a prevenção do burnout nos profissionais do setor da saúde. E com a diretriz, que salienta o importante da ação das autarquias, no diagnóstico local de saúde e na identificação das necessidades de saúde (DGS, 2022). Este projeto alinha-se com dois programas de saúde nacional, o Plano Nacional de Saúde (GDS, 2022), o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (2018-2020), que promove a saúde dos funcionários através de uma vigilância adequada e da capacitação dos profissionais a escolhas saudáveis (DGS, 2021). E o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (2023-2030), que preconiza a adequação da literacia em saúde da população (DGS, 2023).

Este projeto está também, alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, enfatizando a relevância de estratégias de saúde pública orientadas para a equidade e saúde da população (ONU, 2015).

4. Realiza e Cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico:

A vigilância epidemiológica refere-se ao acompanhamento sistemático e contínuo dos padrões de saúde e doença na população, com o objetivo de identificar tendências, prevenir riscos e orientar intervenções de saúde.

O elevado envelhecimento demográfico determina a necessidade de implementar medidas adequadas de apoio a este grupo populacional, nesta medida foi elaborado o projeto, que identifica a necessidade de capacitação e apoio aos cuidadores formais, para que desempenhem adequadamente as suas funções aos idosos (OE, 2015). O EEESCSP, possui

competências especializadas na avaliação e interpretação dos indicadores de saúde da população, permitindo uma análise fundamentada para a implementação de estratégias de intervenção adequadas. Através de instrumentos de recolha de informação e sistematização de dados que possibilitem elaborar o perfil epidemiológico da população. E, acompanhar de forma sistemática os padrões de bem-estar e patologia na população, garantindo a implementação de soluções inovadoras e eficazes para responder aos desafios identificados (OE, 2018).

No âmbito do estágio na USP, foram desenvolvidas diversas atividades de cariz epidemiológicas, incluindo, a realização de inquéritos epidemiológicos, a participação em atividades de rastreio da tuberculose pulmonar numa entidade fabril e participação em consulta de tuberculose pulmonar no Centro de Diagnóstico Pneumológico X e assisti à consulta de vacinação Monkeypox. O que possibilitou o contacto os sistemas de informação (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SINAVE e SClínic). Nesta medida, a documentação e registo das atividades que cada enfermeiro desenvolve, é imprescindível. Pois permite a análise dos dados através de alguns recursos disponíveis: Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF), e do Plano de Ação para a Unidade Funcional (PAUF). O MIMUF inclui um conjunto de indicadores que permitem analisar a eficácia, eficiência e qualidade dos serviços prestados, assegurando que as unidades cumprem os objetivos definidos no PAUF (Melo, 2022; OE, 2018).

Acompanhei, a realização de auditoria a um ERPI na área geodemografica, pela enfermeira e por uma técnica de saúde ambiental, no âmbito das suas competências de vigilância epidemiológica, promoção da saúde e inspeção sanitária, conforme definido pela Lei de Bases da Saúde e pelo Regime Jurídico das Unidades de Saúde Pública (Decreto-Lei n.º 137/2013). Esta inspeção ocorreu por solicitação de outras entidades (a Segurança Social), após uma denúncia de não conformidade do ERPI.

Na UCC, participei ativamente na intervenção sazonal de vacinação da gripe e COVID-19, abrangendo comunidades específicas, incluindo: Profissionais e utentes de instituições de apoio a idosos; instituição de apoio social de crianças e em dois estabelecimentos prisionais. Estas iniciativas promoveram a imunização de grupos vulneráveis, reduzindo o risco de surtos

e fortalecendo a proteção coletiva nesses contextos particulares. A vigilância epidemiológica integra o acompanhamento da cobertura vacinal em comunidades (estabelecimentos prisionais, instituições de apoio social), imprescindível para a prevenção e controlo de doenças transmissíveis (DGS, 2024). A atuação do EEESCSP na vigilância epidemiológica é essencial para a deteção precoce de riscos, a prevenção de doenças e a proteção da saúde da população. Conseguida através da monitorização, vacinação, controlo de surtos e educação para a saúde, contribuindo significativamente para a redução da morbidade e mortalidade associadas a doenças evitáveis, promovendo comunidades mais saudáveis e resilientes (DGS, 2024; OE, 2018).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), que inclui a distribuição de cheques-dentista, visa melhorar a saúde oral da população infantil e de outros grupos vulneráveis (grávidas, idosos, doentes oncológicos e beneficiários do complemento solidário), teve a oportunidade de integrar a atividade, no âmbito da UCC (DGS, 2005)

Através dos registos sistemáticos das atividades desenvolvidas, é assegurada a monitorização das intervenções e dos resultados, através de indicadores de saúde disponibilizados pelo Plano de Acompanhamento ao Utente e Família (PAUF) e pelo Relatório de Acompanhamento ao Utente e Família (RAUF), possibilitando monitorizar os resultados e identificar as áreas de melhoria e reajustar estratégias, conforme necessário (UCC, 2024).

No decurso do estágio, foi possível aplicar estes princípios através da articulação entre a teoria e a prática no domínio da epidemiologia, essencial para a vigilância da saúde pública. A experiência proporcionou a aquisição de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, nomeadamente no âmbito do burnout em cuidadores formais. Possibilitou o desenvolvimento da capacidade de intervenção em instituições de apoio a idosos, incluindo a realização do diagnóstico de saúde e a implementação de estratégias para a promoção de saúde.

Foi implementado um projeto direcionado para a promoção da saúde e capacitação dos cuidadores formais, fundamentado na evidência científica e orientado pelas normas éticas e deontológicas da profissão de enfermagem. Paralelamente, foram reforçadas competências

em gestão, liderança da equipa de trabalho e do projeto, considerados como elementos essenciais para uma prática especializada e qualificada.

Em complementaridade, participei em eventos científicos, que permitiram um aprofundamento do conhecimento e uma atualização constante sobre as melhores práticas na área. Destacam-se as seguintes ações formativas frequentadas (Anexo XV)

- Formação profissional: "Síndrome de Burnout em Cuidadores" (12 horas).
- Seminário: "Um Olhar sobre os Cuidados de Enfermagem em ERPI" (8 horas).
- Webinar da Ordem dos Enfermeiros: Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros.
- Participação no IV Congresso Internacional de Intervenção Psicossocial (14h).

A participação nestas atividades permitiu um contacto direto com especialistas da área, facilitando a troca de experiências e a reflexão sobre os desafios e oportunidades no contexto da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

4.4.3 - Competências de Grau de Mestre

O Decreto-Lei n.º 65/2018, no seu artigo 18.º, regulamenta a atribuição do grau de mestre, assegurando que, neste ciclo de estudos, os estudantes adquiram uma especialização de natureza profissional e desenvolvam investigação baseada na prática.

De acordo com o artigo 15.º, o grau de mestre é conferido a quem demonstre:

- Conhecimentos aprofundados e capacidade de compreensão, sustentados no 1.º ciclo, permitindo o desenvolvimento de aplicações originais, muitas vezes em contexto de investigação;
- Competência para aplicar conhecimentos e resolver problemas em contextos novos, alargados e multidisciplinares;
- Capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, avaliando implicações éticas e sociais;
- Habilidade para comunicar conclusões e raciocínios de forma clara, tanto a especialistas quanto a não especialistas;

- Autonomia para a aprendizagem ao longo da vida.

O desenvolvimento de competências ao nível do mestre em enfermagem comunitária e de saúde pública, exige a articulação entre conhecimentos teóricos, adquiridos nas unidades curriculares, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Planeamento em Saúde e Diagnóstico Comunitário e Políticas de saúde, determinantes sociais e de saúde e saúde ambiental. Estes conhecimentos, foram posteriormente, mobilizados e aplicados na prática de cuidados em enfermagem nos contextos de USP e UCC. O que promoveu o desenvolvimento da capacidade de compreensão e intervenção perante situações de elevada complexidade, na conceção e gestão dos cuidados adequados.

A prática baseada na evidência exige o desenvolvimento de competências de interpretação fundamentada e reflexiva, uma vez que o acesso à informação científica tem aumentado significativamente. Dada a vastidão de estudos disponíveis, torna-se essencial distinguir aqueles que apresentam rigor e qualidade científica, garantindo a implementação de cuidados de saúde seguros e eficazes (Pereira, 2023). O que exige conhecer e diferenciar as fontes de informação adequadas e garantir a fiabilidade da informação (Sequeira, 2022).

As competências adquiridas refletem uma evolução significativa no pensamento crítico, na capacidade de intervenção fundamentada e na liderança em contextos multidisciplinares. A evolução do pensamento crítico traduz-se na capacidade de analisar, interpretar e avaliar informações de forma aprofundada, permitindo a tomada de decisões sustentadas em evidências e a resolução eficaz de problemas complexos. A capacidade de intervenção fundamentada resulta do domínio de conhecimentos técnicos e científicos, possibilitando a aplicação de práticas baseadas em evidência, garantindo maior eficácia e credibilidade na atuação profissional. Por sua vez, a liderança em contextos multidisciplinares manifesta-se na aptidão para coordenar equipas heterogéneas, promovendo a colaboração, a comunicação eficaz e a tomada de decisão estratégica, assegurando uma abordagem integrada e eficiente na resposta a desafios complexos.

A investigação representa um pilar fundamental na enfermagem, desempenhando um papel essencial na produção e expansão do conhecimento científico. Em Portugal, verifica-se uma necessidade crescente de investigação na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública, de modo a fortalecer a base de evidência para a prática profissional (Melo, 2020; Sequeira, 2022). O EEESCSP, assume a responsabilidade de desenvolver investigação científica que sustente a concepção e implementação de intervenções eficazes, orientadas para a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida e a satisfação dos grupos e comunidades que assiste. Dessa forma, a geração de conhecimento nesta área contribui para a tomada de decisão baseada na evidência, otimizando os resultados em saúde e a sustentabilidade dos cuidados prestados (Sequeira, 2022).

1. Sustentar e aprofundar os conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos (licenciatura):

Para validar esta competência, a formação especializada, em enfermagem exige a aplicação de referenciais teóricos e modelos científicos que fundamentem a prática clínica e a gestão dos cuidados de saúde. No âmbito do estágio, este domínio foi desenvolvido através:

- Da mobilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, orientando a intervenção na prevenção do burnout nos cuidadores formais, capacitando-os a aderir a hábitos de vida saudáveis;
- Da aplicação do Modelo de Planeamento em Saúde, o enfermeiro especialista deve deter conhecimento e capacidade de intervenção adequados aos diferentes contextos de vida (OE, 2019).

2. Aplicação os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares

A enfermagem comunitária exige a capacidade de atuar em cenários diversificados e inovar nas abordagens adotadas. Durante o estágio, esta competência foi validada através:

- Da realização de um diagnóstico de situação na comunidade, utilizando instrumentos de recolha de dados como a Escala de Burnout de Shirom-Melamed e questionário sociodemográfico.
- Da elaboração e implementação de um projeto de intervenção comunitária, respondendo a um problema identificado e adaptando estratégias em função das necessidades da comunidade.

- Da colaboração interdisciplinar com outros profissionais da saúde, incluindo, assistentes sociais e, no desenvolvimento de estratégias de prevenção do burnout.

3. Capacidade de aprendizagem para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos

A complexidade das situações em saúde exige dos enfermeiros especialistas a capacidade de integrar múltiplos saberes e formular estratégias eficazes. Durante o estágio, esta competência foi consolidada através:

- Da identificação dos determinantes sociais da saúde que contribuem para o burnout nos cuidadores formais, analisando fatores como sobrecarga laboral, falta de formação e ausência de suporte institucional.
- Da adaptação de metodologias de ensino para aumentar a literacia em saúde dos cuidadores, promovendo sessões interativas sobre estratégias de autocuidado e capacitação.
- Da reflexão ética sobre as implicações das decisões em saúde, respeitando os princípios da autonomia, beneficência e justiça no desenvolvimento das intervenções.

4. Comunicação clara e fundamentada para diferentes públicos

A competência de comunicação em saúde, é essencial (OE,2015) na prática avançada da enfermagem, permitindo a transferência de conhecimento para os diferentes públicos. No contexto do estágio, esta capacidade foi demonstrada através:

- Da **apresentação de resultados** em diferentes formatos, incluindo comunicações em congressos e publicações científicas (Anexo XVI).
- Da **condução de sessões educativas** dirigidas a cuidadores formais, utilizando linguagem acessível e estratégias pedagógicas que facilitassem a assimilação da informação.

5. Aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

A enfermagem de nível avançado exige um compromisso com a formação contínua e a autoavaliação das práticas profissionais (OE, 2019). Durante o estágio, esta competência foi consolidada através:

- Da **participação ativa na investigação desenvolvida**, utilizando metodologias científicas para avaliar a eficácia das intervenções implementadas. De acordo com Melo (2020), o trabalho em equipa é essencial na área da Saúde Pública e Comunitária, sendo a colaboração entre profissionais de saúde, comunidade e organizações fundamental para uma resposta eficaz às necessidades da população, o que exigiu desenvolver a habilidade para conseguir gerir o projeto (OE, 2019).
- Do **aperfeiçoamento das competências clínicas e reflexivas**, documentando as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio e integrando feedbacks dos supervisores e da equipa multidisciplinar. Demonstrei disponibilidade e uma elevada motivação para a aprendizagem, mantendo, ao longo deste percurso, uma atitude ativa e proativa na aquisição de conhecimentos (OE, 2019).
- Da **elaboração de um relatório de estágio estruturado**, evidenciando o percurso de aprendizagem e a capacidade de sistematizar conhecimento para futuras investigações.

O percurso de estágio permitiu a aquisição e validação das competências essenciais do enfermeiro especialista e mestre, demonstrando a capacidade de intervenção fundamentada, a integração de conhecimentos multidisciplinares e a liderança na promoção da saúde comunitária

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório reflete o percurso formativo desenvolvido no âmbito do estágio de natureza profissional. As atividades realizadas permitiram consolidar os conhecimentos teóricos em contexto de CSP, desenvolver competências fundamentais para o exercício da prática especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública e as competências de mestre.

O projeto, **“Cuidar sem Desgaste: Fortalecendo Quem Cuida”** revelou-se uma estratégia essencial na sensibilização e capacitação dos cuidadores formais, cujo quotidiano profissional se caracteriza por desafios significativos, conducentes a burnout. A aplicação da Escala de BSM, permitiu identificar níveis consideráveis de fadiga física e cognitiva entre os cuidadores formais, evidenciando a necessidade de medidas estruturadas através do desenvolvimento de um programa de formação contínua e desenvolvimento de parcerias na comunidade.

Com recurso á metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes e sustentado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Pender, possibilitou a adoção de estratégias de capacitação que fomentaram a literacia em saúde dos cuidadores formais. A realização das sessões formativas contribuiu para o reforço das competências dos cuidadores formais, dotando-os de ferramentas essenciais para a prevenção do burnout e a promoção do autocuidado, aspetos fundamentais para a sua qualidade de vida e, consequentemente, para a melhoria da prestação de cuidados à população idosa.

Os resultados obtidos destacam a relevância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na identificação e mitigação de problemas de saúde comunitária. A sua atuação junto dos cuidadores formais revelou-se determinante na consciencialização da problemática do burnout e na implementação de estratégias promotoras de saúde. Adicionalmente, a articulação com as instituições de apoio social e parceiros comunitários reforçou a importância da cooperação interdisciplinar para a criação de ambientes laborais mais saudáveis e apoio efetivo aos cuidadores formais.

Os resultados obtidos são amplamente positivos e, com a continuidade do projeto, espera-se uma melhoria sustentada na saúde, qualidade de vida e satisfação profissional dos cuidadores formais. A nível organizacional, os impactos refletem-se na otimização da qualidade dos serviços prestados aos idosos, podendo também contribuir para a redução do absentismo e da rotatividade dos profissionais, fortalecendo a estabilidade e a eficiência das equipas. Para otimizar futuras intervenções, apresentam-se as seguintes sugestões de melhoria: a integração de uma abordagem multidisciplinar mais abrangente, através da colaboração com psicólogos, poderá aumentar a eficácia das estratégias de prevenção do burnout. A criação de um programa contínuo de capacitação, por meio da implementação de um plano de formação regular para cuidadores formais sobre a gestão do stress, comunicação interpessoal e técnicas de relaxamento, pode contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos envolvidos. O envolvimento das lideranças institucionais é essencial, sendo necessário que instituíam medidas conducentes a ambientes de trabalho saudáveis.

A monitorização a longo prazo é fundamental, através da replicação da escala de BSM, irá permitir aferir o impacto do projeto e ajustar as estratégias conforme os resultados. E a expansão do projeto a outras instituições de apoio social na região, contribuirá para a disseminação das boas práticas e a promoção de um modelo de boas práticas.

O percurso desenvolvido proporcionou uma experiência enriquecedora e estruturante, que permitiu não apenas o desenvolvimento de competências clínicas e interventivas no domínio da saúde comunitária, mas também a consolidação de uma visão crítica e reflexiva sobre os desafios inerentes à prática profissional. Esta experiência contribuiu significativamente para o meu crescimento profissional, pois possibilitou a aplicação de conhecimentos teóricos em contextos reais, aprofundando a compreensão sobre a importância da intervenção do enfermeiro comunitário. A interação com os cuidadores formais e a observação direta dos desafios enfrentados reforçaram a necessidade de abordagens personalizadas e sustentáveis para a promoção da saúde ocupacional.

A aplicabilidade desta experiência na minha futura prática profissional é evidente, uma vez que consolidou a minha capacidade de planeamento, execução e avaliação de projetos de intervenção comunitária. Além disso, reforçou a importância do trabalho em equipa e da

cooperação interdisciplinar na promoção do bem-estar dos profissionais de saúde e da comunidade. A implementação deste projeto permitiu-me desenvolver competências de liderança, comunicação e gestão de recursos, fundamentais para futuras iniciativas na área da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Num contexto mais amplo, esta experiência reforçou a minha perceção sobre os desafios e oportunidades da enfermagem comunitária. O crescimento das necessidades da população idosa e a crescente pressão sobre os cuidadores formais evidenciam a importância de políticas de saúde que promovam a capacitação contínua e o suporte adequado a estes profissionais. A enfermagem comunitária tem um papel fundamental na mitigação destes desafios, contribuindo para a criação de ambientes laborais mais saudáveis e para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e dos indivíduos assistidos.

Por fim, a intervenção desenvolvida encontra respaldo em diretrizes nacionais e internacionais que enfatizam a necessidade de valorização dos profissionais da saúde, incluindo estratégias para a prevenção do burnout e promoção do bem-estar ocupacional. A OMS e entidades reguladoras nacionais destacam a importância de programas de formação e suporte contínuo para profissionais de saúde, reforçando a relevância e a necessidade de iniciativas como esta.

Dessa forma, este percurso formativo não apenas consolidou os meus conhecimentos e competências na área da enfermagem comunitária e de saúde pública, como também ampliou a minha visão sobre a importância de intervenções estruturadas e baseadas em evidências para a promoção da saúde e a melhoria das condições de trabalho dos cuidadores formais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A., & Coelho, S. (2024). Caracterização das necessidades em cuidados paliativos em estruturas residenciais para pessoas idosas: Um estudo exploratório. *RIAGE – Revista Ibero-Americana da Gerontologia*, 5, 38–51.

Antunes, S., & Pereira, A. (2023). *Avaliar, intervir e prevenir os riscos psicossociais: Práticas e recomendações*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. ISBN 978-989-53170-8-0.

Associação Nacional de Gerontologia Social (ANGES). (2025). *Projetos de Intervenção no Envelhecimento - Livro do CIPINE 2025*. Ricardo Pocinho, Diogo Mendes & Sílvia Silva (Eds.). ANGES. ISBN: 978-989-54452-9-5.

Câmara Municipal de Azambuja. (2018). *Diagnóstico social do concelho de Azambuja, 2018*. https://www.cm-azambuja.pt/images/pdfs/Acao_Social/2023/Diagnostico-Social-Azambuja-2018.pdf

Câmara Municipal de Azambuja. (2024). *Perfil municipal de saúde de Azambuja*. https://www.cm-az.pt/imagens/pdfs/2024/Perfil_Municipal_Saude_2024.pdf

Caridade, D. F. C. R. F. (2022). *Sobrecarga do cuidador informal: Intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/44317>

Castro, E., & Oliveira, U. T. V. (2022). *A entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa-interpretativa: um guia de análise processual*. *Entre textos*, 22(3), 25-45. <https://doi.org/10.5433/1519-5392.2022v22n3p25-45>.

Chambel, M. J. (2016). *Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas*. Lisboa: Edições Sílabo.

Coelho, A., & Alves, R. (2024). *Livro de resumos do II Encontro de Enfermagem Comunitária: (RE)Conhecer e (TRANS)Formar*. ISBN: 978-989-704-594-3.

Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Genebra.

Cunha, C. M. S. L. M. da. (2022). *As competências e intervenções do enfermeiro especialista de saúde comunitária e de saúde pública* [Tese de doutorado, ESEL]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/58360>

Diário da República. (2009, 15 de junho). 2.ª série — N.º 113. Imprensa Nacional – Casa da Moeda. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/06/113000000/2350423511.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2021). Guia técnico nº 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/guias-tecnicos/guia-tecnico-n-3-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2023). Plano Nacional de Promoção da Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. https://criancaefamilia.spp.pt/media/5mbf2kih/programa-nacional-saude-oral-2021_2025.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável – de todos para todos*. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/arquivos/2022/03/PNS-21-30_Ve-editada-1_Final_DGS.pdf

European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion; Social Protection Committee. (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Brussels: European Commission.

Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 12(Número Especial), 115–116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>

Ferrão, J. (2023). *A demografia portuguesa*. Lisboa: Edições 70.

Figueira, I., Pires, J., Fernandes, T., Pereira, P., & Valentim, M. (2024). Estratégias das instituições para a prevenção do burnout nos profissionais de saúde: Revisão sistemática da literatura. *Comum: Repositório Científico*. <http://hdl.handle.net/10400.26/52341>

Fortin, F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.

Galvão, A., & Nogueira, R. (2023). Título do capítulo. In C. Almeida & I. Fragoeiro (Eds.), *manual de literacia em saúde: Princípios e práticas* (pp. 137–146). Editora. ISBN 978-989-693-152-0.

Gil, P. (2020). Itinerários e contradições de uma política familiar: o Estatuto do Cuidador Informal em Portugal. *Revista Internacional de Cuidados e Cuidados*, 1-22. Artigo XX. <https://doi.org/10.1332/239788223X16801795894143>

Gil, P. (2024). Quem cuidará de mim? Problemáticas em torno dos cuidados (in)formais. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. <https://doi.org/535460/24>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). *Pirâmides etárias de Portugal: estimativas de 2017 e projeções para 2080 [Gráfico]*. Acedido em de <https://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). População residente e estrutura etária por região. INE. Disponível em <https://www.ine.pt>

International Council of Nursing (ICN). (2019). ICNP translations. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download/icnp-translations>

Jiang, Z., Wang, S., Shen, Z., Zhao, X., Wang, F., Chen, Y., Qiao, Y., Wei, T., Dong, P., Ding, S., & Yang, X. (2022). Nurses' experience of work stress related to COVID-19 regular prevention and control in China: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 375–383. <https://doi.org/10.1111/jonm.13528>

Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. M. (2020). Formal caregiver burden in nursing homes: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(9), 877–893. <https://doi.org/10.1177/0193945920979691>

Lancaster, J., & Stanhope, M. (2011). Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Lusodidacta.

Laurindo, M., & Faria, M. (2022). Sobrecarga e burnout em ajudantes de ação direta de estruturas residenciais para idosos em situação de pandemia COVID-19. Atas do 14.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Leka, S., Jain, A., & Lerouge, L. (2017). *Work-related psychosocial risks: Key definitions and overview of the policy context in Europe*. In L. Lerouge (Ed.), *Psychosocial risks in labour and social security law* (pp. xx-xx). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63065-6_1

Loureiro, I., Miranda, N. (2021). Promover a saúde: Dos fundamentos à ação. Almedina.

Marques, I. S. S. D. (2023). Integração vida-trabalho e burnout: Um estudo nacional [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Gestão e Administração de Santarém]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48220>

Meireles, S. (2015). *Burnout em cuidadores formais de idosos* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved from https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13152/1/Meireles_Sandra.pdf

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1ª ed.). Lidel. ISBN 978-989-752-477-6

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). Regulamento das condições de funcionamento das respostas sociais para a pessoa idosa (Portaria n.º 129/2019, de 22 de abril). Diário da República, 1.ª série, n.º 78.

Miranda, T. M. P. (2020). Conceção e gestão da formação [Relatório de estágio de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/69033/1/Relat%C3%B3rio_Final.pdf

Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Moura, M. E. B., & Gomes, F. C. S. A. (2020). Relationship between implementation of the primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>

Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza. (2024). Pobreza e exclusão social em Portugal: Relatório 2024.

Oliveira, M. (2008). Burnout e emoções: Estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto. Recuperado em 05 de janeiro de 2025, de <http://aberto.up.pt/bitstream/10216/25366/2/Burnout%20e%20emocoes.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2023). Tomada de Posição nº 01/2023. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem comunitária. Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Cadernos OE, Série 2, Número 3. Edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE). (2023). Portugal: Perfil de Saúde do País 2023. https://www.oecd.org//pt /p/por-por-de -saude -do -pais -2023_6be7d83-pt.html data 4-outubro 2024

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). Care needed: Improving the lives of people with dementia. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Organização das Nações Unidas (ONU). (2015). Transformar o nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nações Unidas. <https://sdgs.un.org/2030agenda>.

Organização Mundial da Saúde (OMS), (1978). Declaração de Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pender, N. (2011). The Health Promotion Model Manual. University of Michigan. Acedido através: <https://hdl.handle.net/2027.42/85350>

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson Education, Inc, seventh edition

Pereira, R. (2023). Enfermagem baseada na evidência: Um desafio, uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 101–111). Sabooks Editora.

Pordata. (n.d.). Índice de envelhecimento e outros indicadores de população residente. Recuperado em 27 de dezembro de 2024, de <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Ribeiro, M., Vieira, T., & Naka, K. (2021). Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da Covid-19. *Revista Electrónica Acervo Saúde*, 12(11).

Sakraida, J. (2015). Nola Pender: Modelo de promoção da saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Orgs.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 699–715). Lusociência.

Santos, M. E. P., Rezende, V. Q. M., Souza, P. A. C., Fabiano, A. C. S., Meneguelo, B. B., Miranda, L. S., Silva, M. K. P., Melo, Z. N., Bispo, J. V. O., Valente, J. C. F., Paula, T. X., Deconto, A. B., & Nery, R. (2024). Burnout em profissionais de saúde: Uma revisão das definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 494–506. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p494-506>

Sequeira, C., & Néne, M. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.

Silva, R., Lage, I., & Macedo, E. (2018). Vivências dos enfermeiros sobre morte e morrer em cuidados intensivos: Uma reflexão fenomenológica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 34–42. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/59627/1/Vivências%20dos%20enfermeiros%20sobre%20a%20morte%20uma%20reflexão%20fenomenológica.pdf>

Smith, D. (2021). Literacia em saúde: a perspectiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21ED8. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>

Unidade Local de Saúde X. (2024). *Manual de acolhimento para enfermeiros e estudantes de enfermagem*. Unidade de Saúde Pública.

United Nations Regional Information Centre for Western Europe. (2023). *Envelhecimento*. United Nations Regional Information Centre for Western Europe. Retrieved from <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

World Health Organization. (2016). *Global health promotion conferences*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>

World Health Organization. (2019). Primary health care. Retrieved from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

ANEXOS

Anexo I – Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Este questionário destina-se à recolha de dados para o projeto “Jornada do Cuidar”, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica.

As respostas são anónimas e confidenciais destinando-se exclusivamente ao estudo em questão.

Desde já agradeço a sua colaboração!

1- Idade:

2- Género: Feminino Masculino

3- Estado Civil:

Solteiro(a)
 Casado(a)
União de Facto
Viúvo(a)
Separado(a)
 Divorciado(a)

4- Tem filhos

Não Sim

Se, sim quantos?

5- Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e ou escreve, mas não completou o 1º ciclo

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Ensino Secundário

Ensino Superior

6- Profissão

7- Que atividades desempenha na instituição?

8- Número de anos que desempenha a sua profissão?

9- Há quanto tempo exerce a sua função na instituição?

10-Trabalha por turnos?

Não

Sim

11-Qual o número de horas que trabalha por semana?

12- Trabalha parcialmente em mais alguma instituição? Não Sim

12.1- Se sim, diga quantas horas trabalha por semana nessa instituição

13-Situação Contratual

Quadro efetivo

Vínculo precário a termo

Prestação de serviço

14- Tipo de Cuidados prestados ao idoso

Domiciliários

Internos na instituição

Ambos

15- No último ano faltou ao serviço?

Nunca

Raramente (1 a 2 vezes)

Algumas vezes (3 a 4 vezes)

Muitas vezes (mais que 5 vezes)

16- No último mês faltou ao serviço?

Nunca

Raramente (1 a 2 vezes)

Algumas vezes (3 a 4 vezes)

Muitas vezes (mais que 5 vezes)

17- Se pudesse deixaria a instituição onde trabalha?

Sim

Não

16- Sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

Não

Se sim, qual?

18- Costuma tomar medicamentos?

Não

Sim

18.1- Se sim, são prescritos pelo médico?

Sim

Não

Às vezes

18.2- Se sim, que tipo de medicamentos toma habitualmente?

Anexo II- Escala de Burnout de Shirom Melamed (BSM)

	1 Nunca ou Quase Nunca	2 Muito Poucas Vezes	3 Poucas Vezes	4 Por Vezes	5 Algumas Vezes	6 Muitas Vezes	7 Sempre ou Quase sempre
1. Sinto-me cansado(a)	1	2	3	4	5	6	7
2. Ao acordar, sinto-me sem energia para ir trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me fisicamente esgotado(a)	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto-me fatigado(a) de trabalhar	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto-me como se estivesse sem "bateria"	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto-me sem forças	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto lentidão na minha capacidade de pensar	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho dificuldades em concentrar-me	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que não consigo pensar com clareza	1	2	3	4	5	6	7
10. Sinto que não consigo concentrar-me no que penso	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho dificuldades em pensar sobre coisas complexas/difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto-me incapaz de ser sensível às necessidades dos outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto-me incapaz de ter uma boa relação com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto-me incapaz de ser simpático(a) com os outros (ex.: colegas de trabalho, clientes, etc.)	1	2	3	4	5	6	7

Anexo III – Guião de Entrevista semiestruturada diretora técnica

O meu nome é Guida Maria Graça, sou enfermeira e mestranda do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, a decorrer na UCC X, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, acerca da prevenção do burnout em cuidadores formais, que designei por “Cuidar sem Desgaste, fortalecendo quem Cuida”.

Para a concretização do mesmo, considero que a sua colaboração será um contributo significativo, na medida em que pode facultar alguns dados que considero relevantes.

Os dados recolhidos, serão devidamente analisados, e salvaguardada todas as questões éticas e deontológicas

Se em qualquer momento manifestar o desejo de interromper a entrevista, isso será imediatamente respeitado. Informo que a entrevista terá aproximadamente a duração de 20 minutos.

Questões:

1. Número de anos que desempenha a sua profissão: _____
2. Número de anos que exerce funções na instituição _____
3. Profissão: _____
4. Habilitações Literárias: _____
5. Pode descrever, sucintamente a instituição.
6. Qual é o número total de utentes apoiados pela instituição e quais são as tipologias de apoio disponibilizadas?
7. Pode falar-me um pouco acerca dos idosos e apoiados pela instituição?
8. Quais os profissionais que constituem a equipa de trabalho desta instituição?
9. A instituição dispõe de enfermeiro e médico a tempo integral ?
10. A instituição tem algum programa de formação interno? Identifica algum tema, importante?
11. Quais são, na sua opinião, as áreas de formação que deveriam ser prioritárias para a equipa de cuidadores na instituição?
12. Existe alguma dificuldade em recrutar profissionais para trabalhar com idosos?

Anexo IV – Parecer da Comissão Ética da ESSATLA



PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

Assunto: Projeto de Estágio 1, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública_ Projeto “Jornada do Cuidar”.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 09 de julho de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**
Num. de Identificação: 08540466
Data: 2024.07.09 12:37:30+01'00'
Professora Adjunta Maria João Santos

Anexo V- Consentimento Informado e Esclarecido

Eu, Guida Maria Simões da Graça, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 1º Mestrado em Enfermagem área na Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem Atlântica. Atualmente a realizar o 1º Estágio, na Unidade de Saúde Pública X, sob a supervisão da Srª Enfermeira X.

Com o objetivo de desenvolver competências de mestria na área, proponho-me a realização da investigação denominada de *“Jornada do Cuidar”*. Surge na continuidade do projeto *“X”*, implementado pela Unidade de Saúde Pública X no Município de X. Envolvendo os parceiros aderentes, nomeadamente a X. Pretende-se a aplicação de dois instrumentos de avaliação:

1. Questionário Sociodemográfico;
2. Escala Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM).

Posteriormente será realizada uma sessão de promoção para a saúde, com o intuito de capacitar os cuidadores formais á utilização de técnicas de relaxamento, como a respiração e a imaginética.

Em todas as etapas do processo de investigação é assegurado o respeito pelos procedimentos éticos previstos, que regulam a pesquisa em seres humanos, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de dados. Os resultados destinam-se exclusivamente a fins académicos.

A sua colaboração e participação são imprescindíveis para a realização da investigação. Informo, que me encontro disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Guida Graça: 2023011@uatlantica.pt; Tlm: 912276086

Grata pela sua participação!

Guida Graça

Declaro ter lido e compreendido o documento que me foi apresentado, assim como as instruções verbais que foram facultadas. Estando consciente dos objetivos da presente investigação e do procedimento inerente.

Reconheço o direito de a qualquer momento colocar as questões que considere oportunas e a qualquer momento recusar a minha participação, sem qualquer prejuízo. Tenho conhecimento que os dados obtidos, e por mim expostos, serão usados unicamente para fins científicos, no âmbito do projeto apresentado. Que aquando do tratamento de dados é garantido o anonimato e a confidencialidade.

Fui informado (a) de que não terei qualquer encargo económico, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

Face ao exposto, aceito participar na investigação.

Data: _____ Assinatura: _____

Anexo VI- Autorização dos Autores para Aplicação da Escala de BSM e questionário

Sociodemográfico

 2023011   Responder  Responder a todos  Reencaminhar  
Para:  rgomes@psi.uminho.pt sex, 07/06/2024 19:14
Cc:  Susana Valido;  Pedro Pardal

 **Importância alta**

Boa tarde,

O meu nome é Guida, sou enfermeira e encontro-me a realizar mestrado na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde Atlântica.

Venho por este meio solicitar autorização para utilizar a escala Medida de “Burnout” de Shirom-Melamed (MBSM), no âmbito de um projeto de intervenção comunitária, tendo como população alvo os cuidadores formais de Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas.

Desde já agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Guida M. Graça

 António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>      
Para:  2023011 sáb, 08/06/2024 09:08
Cc:  Susana Valido;  Pedro Pardal

Olá,
Tem a escala no nosso site ardh abaixo.
Bom trabalho!

 2023011   Responder  Responder a todos  Reencaminhar  
Para:  Susana Valido ter, 11/06/2024 14:02

 **Importância alta**

Boa tarde,

Exmª Srª Professora Susana Valido,

Venho por este meio solicitar autorização para a utilização de questionário de caracterização sociodemográfica aplicado ao cuidador formal, da sua autoria.

Atenciosamente,

Guida M. Graça

 Susana Valido   Responder  Responder a todos  Reencaminhar  
Para:  2023011 ter, 11/06/2024 18:55

Estimada Guida, espero-a bem.

Pode utilizar o questionário de caracterização sociodemográfica aplicado ao cuidador formal.

Bom trabalho!

O meu horário de trabalho pode não ser o seu horário de trabalho. Por favor, não se sinta obrigado a responder fora do seu horário de trabalho.
My workday may look different than your workday. Please do not feel obligated to respond out of your normal working hours.

Os melhores cumprimentos,

Anexo VI – Autorização da Direção da Instituição X para Aplicação dos Instrumentos e

Implementar o Projeto

Exma. Sra. Diretora Técnica Dra. C [redacted]

Assunto: pedido de Autorização para realização de um projeto de intervenção, no âmbito do Projeto [redacted]

Eu, Guida Maria Simões da Graça, estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica, encontro-me a realizar ensino clínico na Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde [redacted] sob orientação da Sra. Enfermeira Supervisora Clínica [redacted]

Nesse sentido, o meu pedido de autorização a Vossa Excelência, tem a finalidade de dar continuidade ao [redacted] nte, na vertente de literacia em saúde, e visa desenvolver atividades de capacitação para os Cuidadores Formais e promoção de um ambiente saudável e seguro, com sessões de promoção de saúde mental e estratégias de relaxamento.

Assim, e de acordo com a Sra. Enf [redacted], venho por este meio solicitar autorização para a implementação do projeto, em consonância com as datas acordadas, entre 17 de junho e 12 de julho, do corrente ano.

Desde já, deixo os meus Agradecimentos pela atenção prestado, ficando a aguardar resposta.

Com os meus Agradecimentos

Guida Maria Graça

CR

Para: Você

Responder Responder a todos

Boa tarde Sra Enfermeira Guida Maria Simões da Graça,

Informo que foi autorizado a implementação do projeto, em consonância com as datas acordadas, entre 17 de junho e 12 de julho, do corrente ano.

Grata pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos.



De: Guida Maria Graça, Enf.ª

Para: Ex.mo Sr. [Redacted]

Assunto: Pedido de autorização para implementar um projeto de intervenção

O meu nome é Guida Maria Graça, sou enfermeira generalista (número de cédula profissional, Ordem dos Enfermeiros:65554). Encontro-me a frequentar o curso de mestrado na área da Enfermagem Comunitária, na vertente de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. No sentido, da aquisição de competências de mestria, estou a desenvolver o 2º Estágio Curricular na Unidade de Cuidados á [Redacted], sob a supervisão da Srª Enfermeira Especialista [Redacted]

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª, a autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, estruturado, de acordo com o diagnóstico realizado anteriormente.

Sem outro assunto, subscrevo-me, com os melhores cumprimentos.

Guida Maria Graça

[Redacted]

Data: 24/10/2024

Exma. Senhora Enf. Guida Graça,

Para os devidos efeitos, e conforme supra solicitado, declaramos que lhe é concedida autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Anexo VII- Guião da Reunião com o Diretor da Instituição

O meu nome é Guida Maria Graça, sou enfermeira e mestranda do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica.

No âmbito do Estágio de Natureza Profissional, a decorrer na UCC X, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, acerca da prevenção do burnout em cuidadores formais, que designei por “Cuidar sem Desgaste, fortalecendo quem Cuida”. Para a concretização do mesmo, considero que a sua colaboração será um contributo significativo. A presente reunião tem como objetivos principais:

- **A Recolha de informações relevantes** para a concretização do referido projeto, permitindo o aprimoramento e o aprofundamento do conhecimento sobre a realidade da instituição.
- **Apresentação dos resultados** obtidos e diagnóstico concretizado; O qual constitui a base para o desenvolvimento das intervenções planeadas.
- **Apresentação da estrutura do trabalho planeado**, desenvolvida em colaboração com a Enfermeira Supervisora de Estágio e a Diretora Técnica da instituição, assegurando alinhamento com as necessidades e objetivos da instituição.

Reforço que a sua colaboração é essencial para o sucesso deste projeto e agradeço desde já a sua disponibilidade.

Informo que a informação recolhida, será mantida em anonimato e confidencialidade com respeito pela ética e deontologia inerente à profissão de enfermagem.

Tópicos para Sensibilizar sobre a Importância da Prevenção do Burnout

- a) Explicar o que é o burnout e destacar o impacto no desempenho dos cuidadores formais, na qualidade do serviço prestado e no bem-estar geral da equipa.
- b) Sublinhar as consequências financeiras para a instituição, devidas à rotatividade, absentismo, e custos relacionados com baixas médicas ou recrutamento. Redução da produtividade e qualidade dos cuidados prestados;
- c) Enfatizar que prevenir o burnout é mais eficaz e menos dispendioso do que lidar com as suas consequências. E a importância de implementar medidas que contribuam para a prevenção do burnout.
- d) Incentivar a ouvir as necessidades dos cuidadores formais e para **dar algum feedback construtivo sobre o trabalho desenvolvido**, valorizando os esforços da equipa e fortalecendo o compromisso coletivo com a qualidade dos cuidados prestados.
- e) ~Convite para **Participar no lanche planeado**: Fomentar um momento de convívio informal com os colaboradores e líderes da instituição, fortalecendo o relacionamento e a integração entre os diferentes intervenientes

ANEXO X- Cronograma das Atividades

Atividades	Semanas																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				
	12-15	16-22	23-29	30-6/10	7-13	14-20	21-27	28-3/11	4-10	11-17	18-24	25-01/12	2-8	9-15	16-22	23-29	30-05/01	6-12	13-19	20-26	27-02/02	3-9	10-16	17-23	24-01/03
Integração no Contexto de Estágio	█	█																							
Priorização das Necessidades		█	█																						
Determinação de Objetivos				█	█																				
Seleção de estratégias					█	█																			
Elaboração do Projeto de Intervenção				█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█									
Execução do projeto de Intervenção Comunitária									█	█	█	█	█												
Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária															█	█									
Elaboração do Relatório																			█	█	█	█	█	█	█
Pesquisa Bibliográfica	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█			█	█	█	█	█	█	█

X- Planos de Sessão



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO						
TEMA:	"Cuidar do Idoso com demência"		FORMADOR:	Guída Maria Graça		
POPULAÇÃO ALVO:	Equipa de Cuidadores Formais		DURAÇÃO:	50min.		
LOCAL:	Sala de Convívio da instituição		DATA:	23 outubro de 2024		
SESSÃO N.º:	1		HORA:	14.30h		
Objetivo(s) Geral(s)	- Capacitar os cuidadores formais para a prestação de cuidados diferenciados e humanizados a pessoas com demência.					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o conhecimento dos cuidadores formais sobre as causas e manifestações da demência. - Desenvolver competências para identificar alterações comportamentais características da demência. - Facilitar a aprendizagem de estratégias de comunicação eficazes com pessoas com demência, adaptadas às suas necessidades e limitações. - Proporcionar orientações práticas sobre cuidados de higiene, alimentação e promoção da atividade física em pessoas com demência. - Sensibilizar para estratégias de intervenção perante alucinações e delírios, promovendo uma abordagem centrada na pessoa; 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	Apresentação da formadora; Interação com os formandos; Contextualizar o tema;	Expositivo e Interativo	Breve exposição Teste Diagnóstico	Formador; Projetor; Computador: Power Point	5	
Desenvolvimento	Definir Demência; Informar acerca da incidência e das orientações da OMS; Principais alterações decorrentes da demência e estratégias para as gerir;	Expositivo e Interativo	Exposição	Formador; Projetor; Computador: Power Point	30	Observação direta



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO

TEMA:	"A importância do Autocuidado"		FORMADOR:	Guida Maria Graça		
POPULAÇÃO ALVO:	Equipa de Cuidadores Formais		DURAÇÃO:	50min.		
LOCAL:	Sala de Convívio da Instituição		DATA:	6 de novembro 2024		
SESSÃO Nº:	2		HORA:	14.30h		
Objetivo Geral	-Promover a adoção de práticas de autocuidado que contribuam para o bem-estar físico, emocional e social dos participantes;					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os participantes para os benefícios do autocuidado no quotidiano. - Alertar para os riscos associados à negligência do autocuidado; - Alertar para o impacto do autocuidado no bem-estar geral; - Informar os participantes sobre os recursos disponíveis na comunidade; - Realizar uma atividade de relaxamento; 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	-Apresentação da formadora; -Breve contextualização do tema;	Expositivo Interativo	Breve exposição Teste Diagnóstico Dinâmica Quebra-gelo;	Formador; Projetor; Computador;	5	
Desenvolvimento	- Conceito de autocuidado; - Necessidade de autocuidado: Físicas, Emocionais e Relacionais; - Benefícios do autocuidado; - Identificar sinais de desequilíbrio; -Expor medidas de autocuidado; -Atividade de Relaxamento e respiração induzida; - Divulgar recursos disponíveis na comunidade;	Expositivo Interativo	Exposição	Formador; Projetor; Computador:	30	Observação Direta



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO						
TEMA:	"O Luto no Cuidador"		FORMADOR:	Guida Maria Graça		
POPULAÇÃO ALVO:	Equipa de Cuidadores Formais		DURAÇÃO:	50min.		
LOCAL:	Sala de Convívio da instituição		DATA:	27 de novembro 2024		
SESSÃO Nº:	3		HORA:	14.30h		
Objetivo Geral	- Capacitar os cuidadores formais para compreenderem o impacto do luto no seu bem-estar emocional, físico e profissional.					
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o conceito de luto de forma clara e contextualizada à prática dos cuidadores formais. - Identificar os diferentes tipos de luto que podem ocorrer no âmbito do cuidado e as fases inerentes ao processo. - Reconhecer os impactos emocionais do luto no dia-a-dia dos cuidadores formais. - Compreender as implicações físicas e sociais do luto na vida e no desempenho profissional dos cuidadores. - Introduzir ferramentas práticas para a gestão do luto no contexto profissional. - Incentivar os cuidadores formais a adotar estratégias específicas para enfrentar o luto de forma saudável. 					
Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	-Apresentação da formadora; -Breve contextualização do tema;	Expositivo e Interativo	Breve exposição Teste Diagnóstico Técnica Quebra-Gelo/Dinâmica de grupo	Formador; Projetor; Computador;	5	
Desenvolvimento	- Definir o conceito de Luto; -Contextualização do tema e da sua pertinência no contexto de cuidados; -Tipos de Luto; -Fases do Luto;	Expositivo Interativo	Exposição	Formador; Projetor; Computador:	30	Observação Direta

Anexo IX- Cartaz de Divulgação do Projeto



Cuidar sem desgaste: fortalecendo quem cuida”

23 OUTUBRO
HORA: 14.30H
Cuidar do Idoso
com Demência



6 NOVEMBRO
HORA: 14.30H
Cuidar, com Mente
Saudável



27 NOVEMBRO
HORA: 14.30H
O Luto no Cuidado:
Promovendo a
Saúde



11 DEZEMBRO
HORA: 14.30H
"Delícias que
Cuidam: Workshop
de Alimentação



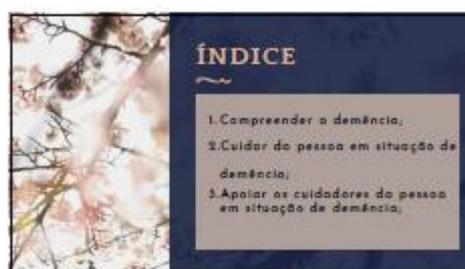
*“Merece sentir-se apoiado,
compreendido e cuidado”*

Anexo XI- Sessões de Formação (PowerPoint)

Sessão 1: Cuidar do idos com Demência



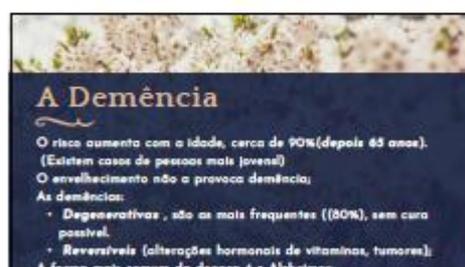
1



2



3



4



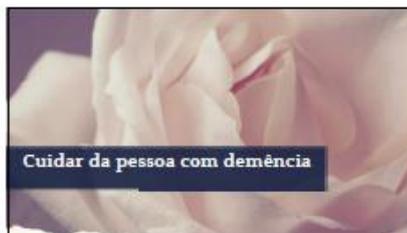
5



6



7



8



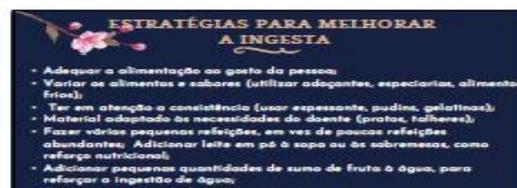
9



10



11



12

Higiene e Conforto

Descrever a higiene (como lavar as mãos, tomar banho ou mudar e raspar).
Ajuda de terceiros na higiene pessoal pode ser escrita como banho ou arrumadeira.

Para facilitar os cuidados de higiene:

- Preparar a pessoa para cada passo (descrever o que vai fazer, escolher o momento e o local adequado);
- Promover a privacidade;
- Preparar as condições ideais para o banho/duche (temperatura do ambiente e da água, colocar todos os utensílios necessários no local facilmente acessível).

13

Higiene e Conforto

Evitar ruídos e conversas cruzadas;
Manter a privacidade;
Descrever o que está a fazer e encorajar a participação da pessoa;
Diminuir a pressão da água e adequar a temperatura;
- Lavar a cara e cabeça em último;
Utilizar a maldoa;
Escolher roupa prática e confortável;
Permitir a utilização de adornos e maquilhagem (brincos, anéis, etc.)

14

Controlo de Esfincter

A perda de controlo da bexiga ou intestinal é frequente.

Com frequência, perde-se ou esquece-se de ir à casa de banho.
A sua compreensão ajudará a pessoa a manter a dignidade e minimizar o embaraço.

Estabelecer uma rotina (a cada 2h ir ao wc)
Lembrar a pessoa de ir ao wc;
Reduzir a ingestão de água ao final do dia;

15

Locomoção

Andar, aparentemente sem motivo ou finalidade ou aborrecimento, efeitos acessórios de medicação, procurar algo ou alguém, preencher uma necessidade física (sede, fome, necessidade de ir ao WC, ou de fazer exercício).

- Reservar tempo durante o dia para exercício;
Instalar medidas de segurança para que possa deambular sem risco de queda (retirar tapetes, colocar proteções em escadas e fechaduras nas portas);

16



17



18



19

Sessão 2: A Importância do Autocuidado



1



2

Dinâmica de Grupo



QUEM LEVAVA	MOTIVO	TOP
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	
5	5	

QUEM NÃO LEVAVA	MOTIVO
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

3



4

BURNOUT

- *Aumento do risco de acidentes de trabalho;
- *Menor qualidade do trabalho;
- *Aumento do absentismo;
- *Desmotivação e desinteresse;
- *Diminuição da qualidade de vida (laboral, familiar e social);
- *Etc.

5

BURNOUT

- *Ansiedade;
- *Sentimentos de fracasso e derrota;
- *Cansaço na maioria do tempo;
- *Irritabilidade;
- *Problemas de memória;
- *Auto-estima baixa;
- *Perturbações do sono e do apetite;
- *Perda de interesse;
- *Dores: cabeça, lombares e musculares;
- *Modificação do padrão de Comportamento;

6



O QUE É O AUTO-CUIDADO?

Envolve todas as atividades desenvolvidas, com regularidade, que ajudam a melhorar o Bem-estar e a promover a Saúde

7



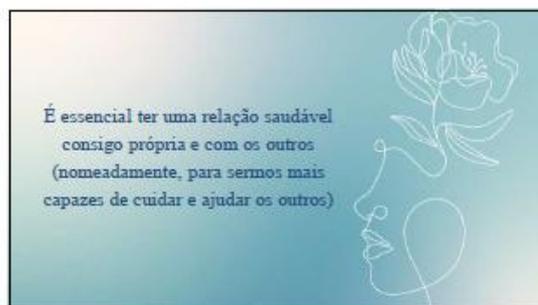
Engloba todas as ações intencionais que realizamos para: **promover e manter o bem-estar físico, mental e emocional.**

Requer um **compromisso contínuo**, o de cultivar hábitos e práticas (vidas mais saudáveis, equilibradas e satisfatórias)

8



9



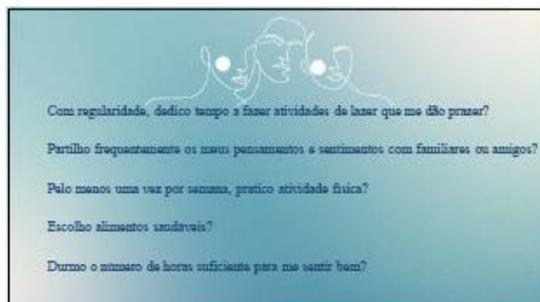
10



11



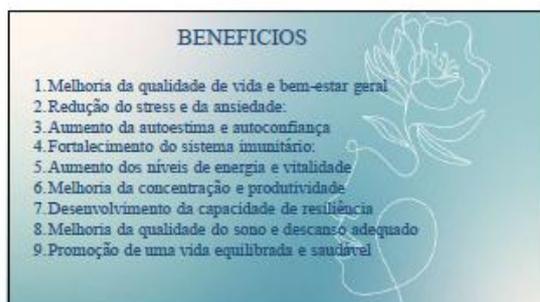
12



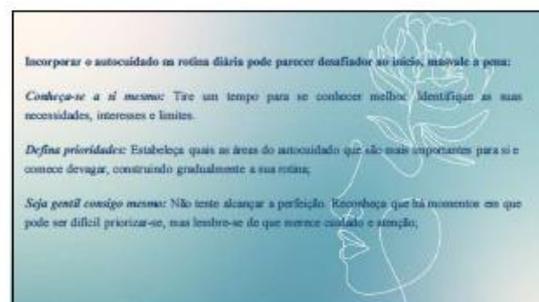
13



14



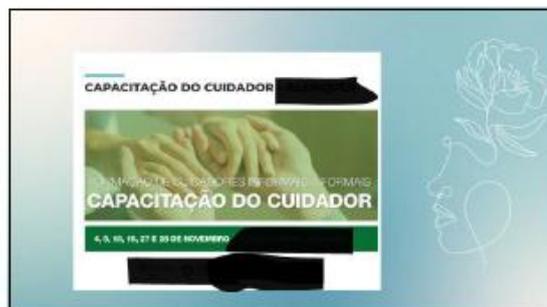
15



16



17



18



19



20

Sessão 3: O Luto , no Cuidar



1



2



3



4

Luto.

Uma reação emocional a uma perda significativa;
É um processo natural e um modo de recuperação emocional face à perda;

- A morte de alguém significativo;
- O fim de um relacionamento significativo;
- Alguém que te é próximo e que está a experienciar uma doença crónica ou terminal;
- A morte de um animal de estimação;
- Uma mudança negativa no que diz respeito à saúde ou funcionamento físico e psíquico.

5

Luto.

Tem diferentes formas de expressão, em culturas distintas e expressão individualizada, na dependência da natureza do vínculo rompido para cada pessoa.

6

É importante falar sobre o Luto?

7

São poucos os que estão preparados para lidar com as perdas;

O processo de luto ainda é um tabu;

A maioria, prefere deixar para se preocupar com isso no momento exato do acontecimento;

8



9



10



11



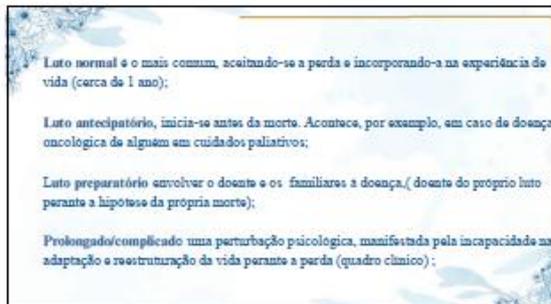
12



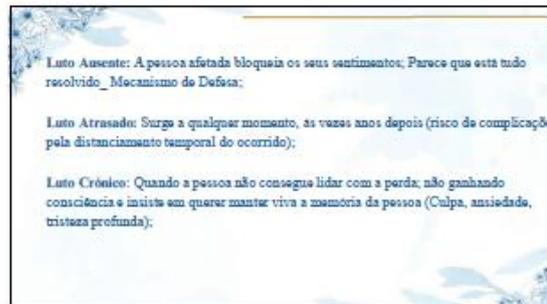
13



14



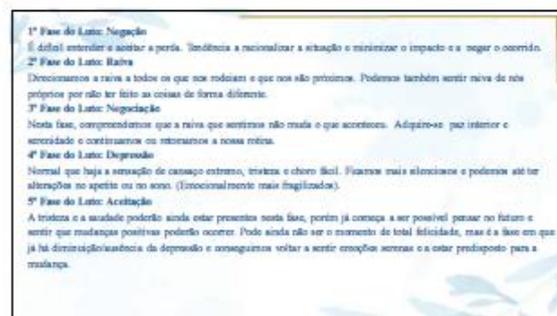
15



16



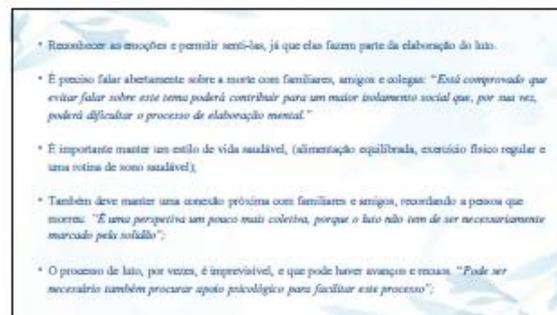
17



18



19



20

Um profissional especializado pode fazer toda a diferença no processo de luto.

"ajudar no processo de elaboração mental da perda, na gestão das emoções, na diversificação de padrões de pensamento, identificando padrões menos ajustados ou negativos que não contribuam ou que dificultam sua gestão, bem como ajudar na promoção de um estilo de vida equilibrado e de expressões emocionais mais ajustadas".

Ha pessoas que podem necessitar de um apoio em fases muito agudas ou numa fase mais tardia, em que o luto não foi ultrapassado;

21

Existe a necessidade de investir no treino/formação e preparação dos cuidadores que lidam diretamente com a morte e com o processo de morrer.

Devem ser promovidos espaços de reflexão e de treino de equipa sobre morte, com o objetivo de reduzir o sofrimento e a ansiedade profissional.

22

Conclusão:

A forma como cada pessoa expressa o seu luto e a sua dor, são únicas e individuais.

Viver o processo de luto não tem como objetivo esquecer, mas reaprender a viver, apesar da perda.

Continuar-se e sentir falta de quem partiu e deseja-se estar ao seu lado, mas a elaboração de um processo de luto permite retomar a trajetória da vida.

Do estado de luto não se espera uma cura, pois não se trata de uma doença, mas antes uma readaptação à vida.

O luto é um fenómeno natural, que representa a resposta a uma perda significativa. E são muitas as perdas com que somos confrontados ao longo do nosso ciclo vital.

23



24



25



26

Anexo X- Certificado de Participação



Anexo XI : Fotografias da Atividade Lúdico-Recreativa



Anexo XII- Instrução de Trabalho cerca da Avaliação da Dor

IT.UCC.001.2023 Pág. 1 de 8

INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE A DOR

ABREVIATURAS/ SIGLAS

DGS: Direção Geral da Saúde

ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

OE: Ordem dos enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

1. OBJETIVO

Uniformizar o procedimento de avaliação do 5º sinal vital (dor) nomeadamente, a implementação de medidas de alívio, de registo da dor e garantir ações promotoras de conforto, na equipa de enfermagem de ECCI.

Articular com os demais elementos, de acordo com a sua especificidade, da equipe multidisciplinar da ECCI para atingir o mesmo objetivo.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os enfermeiros da UCC de Azambuja que desempenham funções no âmbito da ECCI.

3. DEFINIÇÕES CONCEITOS

Dor:

“uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (*International Association for the Study of Pain (IASP)*).

Dor como 5º sinal vital:

A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática, que deve ser observada, (DGS).

Tratamento diferenciado da dor:

O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização (DGS).

IT.UCC.001.2023 Pág. 1 de 8

Dor aguda:

A dor aguda é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. É um sinal de alarme que avisa da ocorrência de um traumatismo, uma queimadura, um derrame articular ou uma úlcera gástrica, por exemplo.

Dor crónica:

A dor crónica é geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente.

Intervenção Farmacológica:

Administração de fármacos para prevenção e / ou tratamento da dor.

Intervenção Não Farmacológica:

Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos.

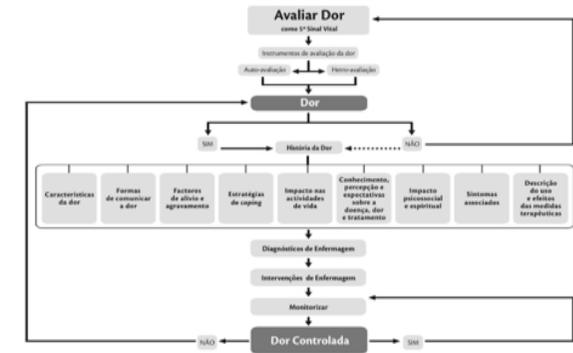
4. JUSTIFICAÇÃO

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção da Dor (DGS, 2012), a dor não deve ser causa de sofrimento desnecessário, devendo ser avaliada e registada sistematicamente (Circular Normativa N.09, DGS, 2003). As repercussões socioeconómicas da dor são significativas e envolvem custos elevados inerentes ao consumo de recursos e despesa avultada com a terapêutica. Acrescem os custos indiretos, designadamente a redução da qualidade de vida.

Pelo que o controlo da dor constitui um foco de avaliação e de intervenção por parte dos profissionais de saúde, em particular do enfermeiro. Que tem a oportunidade de contribuir para o alívio da dor e promoção do conforto na pessoa. O que exige uma rigorosa avaliação e intervenção adequada ao cliente. A Circular Normativa n.09 (DGS, 2003) prevê a implementação da avaliação da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. E determina a sua avaliação de modo contínuo e regular. A avaliação da dor inicia uma cadeia de ações que objetivam o seu alívio. Caso, a dor não seja sistematicamente avaliada, em consequência não são desenvolvidas intervenções adequadas, o que não permite a continuidade de cuidados efetivos ao cliente.

IT.UCC.001.2023 Pág. 1 de 8

5. ALGORITMO DE AVALIAÇÃO DA DOR



6- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

• Escala visual analógica

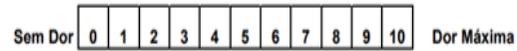
Aplicada a indivíduos acima dos 6 anos de idade; Escala de referência na avaliação da dor. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.

Escala Visual Analógica



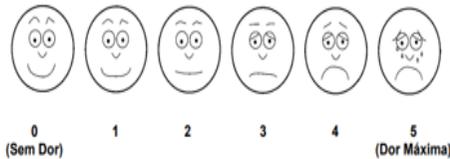
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O cliente terá de fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo

• **Escala Numérica**



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao utente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

• **Escala de Faces**



Na Escala de Faces é solicitado ao utente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mimica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo utente.

7- RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DA DOR

1. Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
2. Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
3. Privilegiar o ~~auto-releto~~ auto-releto como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantida
4. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos e especificidade do contexto de cuidados.

5. Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros:

- a) Exame físico;
- b) Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência
- c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor;
- d) Fatores de alívio e de agravamento;
- e) Estratégias de coping;
- f) Implicações da dor nas atividades de vida;
- g) Conhecimento / entendimento acerca da doença;
- h) Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor;
- j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas

7. Avaliar a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;

8. Manter a mesma escala da dor em todas as avaliações, na mesma pessoa, exceto se a situação clínica justificar a sua mudança;

9. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;

10. Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção;

8 – REGISTOS DE ENFERMAGEM EM S CLINICO

8.1 – Selecionar intervenção diagnostica “monitorizar dor através de escala numérica” e selecionar um dos seguintes focos de atenção do utente:

- Oncológica;
- Ferida;
- Músculo-esquelética;
- Vascular;
- Isquémica;

8.2 – Preencher o mapa “registo de intervenção tipo monitorizar com o resultado de avaliação da dor

8.3 – Ativar diagnóstico de enfermagem associado ao foco dor

8.4 - Em caso de dor preencher mapa com os seguintes parâmetros

8.4.1- **Frequência:**

a) Dor Contínua

b) Dor Intermitente: Muito frequente; Frequente; As vezes; Raramente; Muito Raramente; Nunca; (Pode-se adicionar notas de enfermagem em anexo à especificação da frequência).

8.5 – Intervenção sugeridas face ao foco/Diagnóstico:

Aliviar a dor através de embalagem fria

Aplicar envolvimento frio

Aplicar envolvimento quente

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor

Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento

Executar técnica de distração

Executar técnica de imaginação guiada

Executar técnica de massagem

Executar técnica de relaxamento

Executar terapia através de neuro estimulador de superfície

Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas

Monitorizar a dor

Orientar para o uso de técnicas de relaxamento

Planear técnica de distração

Planear técnica de relaxamento

Posicionar

Vigiar a dor

8- INSTRUÇÕES DE AVALIAÇÃO DE REGISTO

- Avaliar, dor aquando da admissão do cliente em ECCI e em cada visita domiciliaria.
- De acordo com a escala numérica e de faces da dor registar a avaliação em cada visita domiciliaria.
- Uma avaliação de dor presente, implica obrigatoriamente avaliação de medicação analgésica já instituída e respetiva eficácia; implementação de medidas de alívio não farmacológicas e avaliação

da eficácia da intervenção. No contacto seguinte, requer obrigatoriedade de reavaliação e se necessário ajuste das medidas aplicadas.

- Articular com o médico de família ou assistente sempre que a situação clínica o justifique.
- Articular com o psicólogo, assistente social ou outro profissional da ECCI ou da equipa de consultadoria de paliativos, se existente.
- Articular com profissionais dos cuidados diferenciados que acompanham o/a utente:
- Na alta:
 - avaliar os conhecimentos adquiridos durante o internamento e em caso de necessidade reforçar os mesmos;
 - avaliar a evolução da intensidade da dor, respetivos registos e garantir que os mesmos estão atualizados (por ex.º ativar o foco dor e o diagnóstico de enfermagem decorrente da avaliação numérica ou de faces);
 - dar tempo ao foco, diagnóstico e intervenções

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção geral da Saúde (2003). A dor como 5º. Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde, 2012. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, Ministério da Saúde

Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias Não Farmacológica no Controlo da Dor_ Guia Orientador de boas práticas

Anexo XVI- Certificado de Comunicação Livre e Publicação do Resumo

CERTIFICADO

DE COMUNICAÇÃO

PARA OS DEVIDOS EFEITOS CERTIFICAMOS QUE

Guida Graça, Ricardo Mestre

APRESENTARAM A COMUNICAÇÃO INTITULADA **Projeto de Intervenção Comunitária: “Cuidar sem Desgaste: Fortalecendo quem Cuida de Idosos”** NO I CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NO ENVELHECIMENTO, REALIZADO EM FORMATO ONLINE NOS DIAS 23 E 24 DE JANEIRO.

POMBAL, 25 DE JANEIRO DE 2025



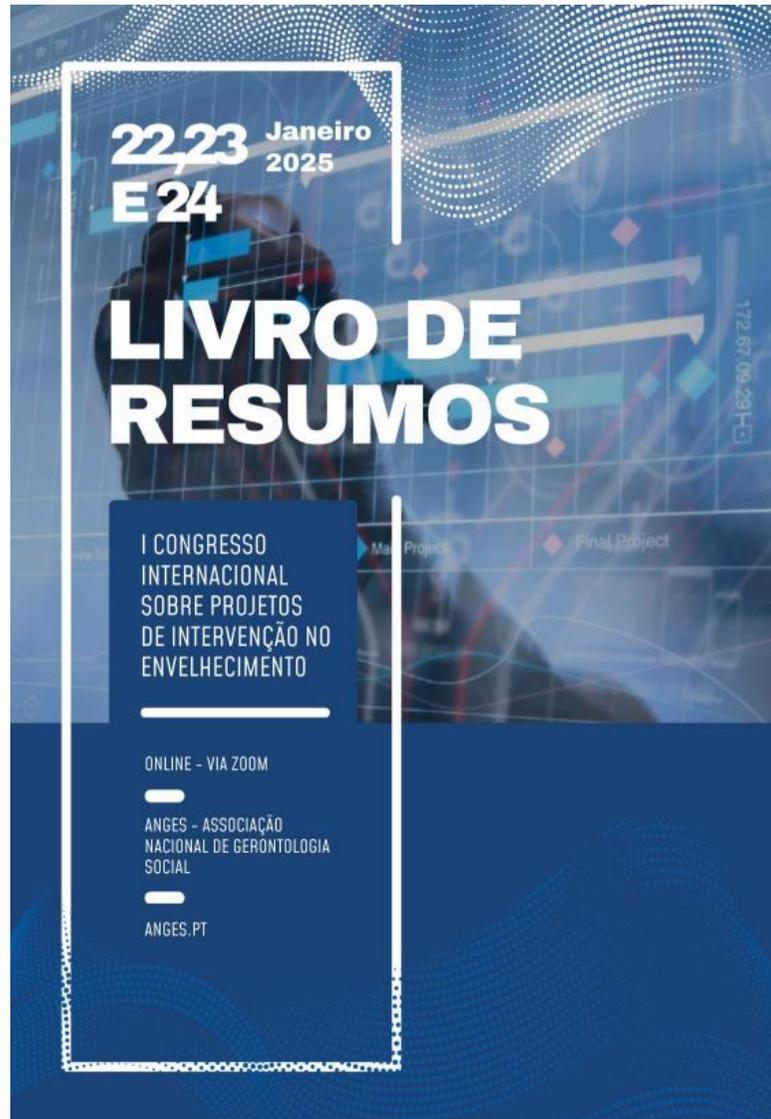
Associação
Nacional de
Gerontologia
Social

PROFESSOR DOUTOR RICARDO POCINHO
PRESIDENTE DA ANGES

 Associação
Nacional de
Gerontologia
Social

 **RIAGE**
REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

 **CICS.NOVA**
CENTRO INTERDISCIPLINAR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS



Projeto de Intervenção Comunitária: “Cuidar sem Desgaste: Fortalecendo quem Cuida de Idosos”

Guida Graça, Ricardo Mestre

Resumo

O aumento da longevidade exige uma reflexão profunda sobre os cuidados prestados aos idosos. Devido, à menor disponibilidade das famílias para assegurar esses cuidados, prevê-se um aumento significativo na procura por serviços formais, disponibilizados por instituições de apoio a pessoas idosas. Os cuidadores formais enfrentam inúmeros riscos para a saúde, incluindo o Burnout, um problema crescente que afeta diretamente a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar destes profissionais. A escassa investigação na área evidencia a necessidade de incrementar a formação em contexto profissional e a prevenção do Burnout em todas as suas dimensões. Implementar estratégias eficazes para a redução do risco de burnout nos cuidadores formais. Capacitar os cuidadores formais para a adoção de comportamentos que promovam a saúde e o bem-estar. Promover o aumento da literacia em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do autocuidado. Com base no diagnóstico e na priorização das necessidades de saúde, foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária, segundo a metodologia de Planeamento em Saúde. Aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e a Escala de Burnout de Shirom-Melamed. Identificados níveis consideráveis de burnout nos cuidadores formais, com maior expressão na dimensão física e na cognitiva. O projeto foi divulgado juntos dos parceiros, foram realizadas sessões de educação para a saúde, e atividades lúdico-recreativas entre profissionais e idosos, que permitiram aumentar a literacia em saúde e estreitar relação entre a direção da instituição, os idosos e os cuidadores formais.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Comunitária; Promoção da Saúde; Cuidador Formal.

Anexo XV Ações Formativas Frequentadas



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Guida Maria Simões da Graça natural de Ferreira do Zêzere nascida em 25/06/1985, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12817957 válido até 28/08/2028, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Síndrome de Burnout em Cuidadores, em 28/10/2024, com a duração de 12:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..5
Síndrome de Burnout em Cuidadores	12:00	3
Nota Final		3

Figueira da Foz, 31 de outubro de 2024

O(A) Responsável por  e Melo - Consultores de Gestão, Lda.

(Assinatura e selo legível ou carimbo)

Certificado n.º 4055/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Guida Maria Simões da Graça natural de Ferreira do Zêzere nascida em 25/06/1985, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12817957 válido até 28/08/2028, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Seminário - Um olhar sobre os cuidados de Enfermagem nas ERPI, em 26/10/2024, com a duração de 8:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Um olhar sobre os cuidados de Enfermagem nas ERPI	8:00	-

Joane, 31 de outubro de 2024

O(A) Responsável pelo(a) Associação Teatro Construção

(Assinatura e selo) Assinado por: FRANCISCO DAVIDE DINIS MELO
Num. de Identificação: 09240812
Data: 2024.11.03 16:40:38+00'00'

Certificado n.º 1163/2024 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Cuidar sem Desgaste: Fortalecendo Quem Cuida



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

GUIDA MARIA SIMÕES DA GRAÇA

membro nº 65554 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - "Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros"", realizado no(s) dia(s) no dia 21 de Janeiro de 2025, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 21 de Janeiro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Atividades Formativas.

VI Jornadas **INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA COMUNIDADE**
Promoção da Vida Ativa e Digna na Terceira Idade

19 E 20 DE DEZEMBRO DE 2024



Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhora(a)

Guida Maria Simões da Graça

participou nas

VI Jornadas de Intervenção Psicossocial na Comunidade

- Promoção da Vida Ativa e Digna na Terceira Idade,

que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 19 e 20 de dezembro de 2024, com a duração total de 14 horas.

Porto, 20 de dezembro de 2024

A Presidente das Jornadas
Assunção Nogueira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**



