



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Necessidades formativas e *burnout* nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção

Helena Isabel Almeida Rodrigues

Junho de 2026

Necessidades formativas e *burnout* nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção

Helena Isabel Almeida Rodrigues

Opção 5: Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP)

Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e
Andrade

Junho de 2026

*Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.*

Paulo Freire

Agradecimentos

O trabalho aqui apresentado resulta de um percurso formativo desenvolvido com a colaboração e o apoio de diversas pessoas, refletindo uma etapa significativa do meu crescimento pessoal e profissional. Este percurso foi marcado por desafios, aprendizagens e conquistas, vivenciados num contexto de partilha e entreaajuda, pelo que se torna essencial expressar o meu agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização.

Agradeço, de forma especial, à Professora Doutora Ana Andrade por ter aceite orientar este trabalho, desempenhando essa função com elevado rigor científico, profissionalismo e permanente disponibilidade. A sua orientação e partilha de conhecimentos foram determinantes para a consolidação do trabalho desenvolvido.

Às Enfermeiras Mestres e Especialistas em Enfermagem Comunitária, Silvana Marques e Liliana Cunha, expresso o meu sincero agradecimento pela orientação na prática clínica, pelo apoio contínuo e pelo contributo essencial na construção deste percurso, ajudando-me a alcançar os objetivos propostos.

À equipa de profissionais com quem tive a oportunidade de colaborar ao longo do estágio, agradeço o acolhimento, a cooperação e o espírito de equipa demonstrados, reforçando a importância do trabalho colaborativo na prática da enfermagem.

À minha amiga e parceira, Carina Tavares, agradeço o amparo constante, a partilha e o companheirismo ao longo deste percurso.

Ao meu marido, Ângelo Almeida, expresso a minha profunda gratidão pelo apoio incondicional, pela compreensão e pela dedicação à nossa família. A sua presença, força e entrega foram essenciais para que eu pudesse concretizar este caminho.

Aos meus filhos, agradeço a compreensão pelos momentos de ausência, sendo eles a minha principal motivação. Tudo o que realizei teve sempre como objetivo o seu bem-estar e futuro, pelo amor incondicional que por eles nutro.

À minha Mãe, agradeço profundamente o apoio incondicional e a presença constante, que constituíram um pilar fundamental ao longo deste percurso.

Por fim, a todas as pessoas que, não sendo aqui mencionadas, contribuíram de alguma forma para este percurso, expresso o meu reconhecimento e gratidão.

A todos, o meu sincero agradecimento.

Resumo

Enquadramento: Num contexto marcado pelo envelhecimento demográfico e pela crescente complexidade dos cuidados prestados à população idosa institucionalizada, os cuidadores formais representam um papel central nas instituições. Estes profissionais enfrentam exigências físicas e emocionais particularmente elevadas. A Síndrome de Burnout constitui, na atualidade, uma das consequências mais marcantes do stress profissional, tornando-se, por isso, fundamental aprofundar a sua investigação. Este fenómeno compromete o bem-estar psicológico e físico dos cuidadores formais, repercutindo-se, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados prestados, sendo frequentemente agravado por lacunas ao nível da formação e na preparação para responder às necessidades específicas dos utentes.

Objetivo: Analisar a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões de *burnout* dos cuidadores formais.

Métodos: Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com uma amostra de 40 cuidadores formais. A recolha de dados foi realizada através de um questionário com a caracterização sociodemográfica, caracterização profissional, formação profissional e necessidades formativas autopercebidas; a versão portuguesa do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI-PT), validada para a população portuguesa. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética.

Resultados: Os cuidadores apresentam necessidades formativas sobretudo nas áreas de primeiros socorros (45,0%), prevenção de úlceras de pressão/feridas (42,5%), gestão emocional (40,0%) e cuidados em fim de vida (35,0%). A prevenção de riscos e acidentes (37,5%) e a saúde mental (27,5%) foram áreas relevantes; 55,0% consideram a formação insuficiente, sendo igualmente reduzida a procura ativa de formação, referida por 75,0% dos cuidadores. Relativamente ao *burnout*, os resultados sugerem a sua associação às exigências do trabalho e às condições organizacionais, evidenciando impacto no bem-estar dos profissionais.

Conclusão: Os resultados demonstram claramente a importância de apostar na formação contínua e em medidas de apoio por parte das instituições dirigidas aos cuidadores formais. Investir nestas áreas contribui não só para o seu bem-estar profissional, mas também para garantir cuidados de maior qualidade nas ERPI.

Palavras-chave: idosos; cuidadores; lares de idosos; esgotamento profissional; educação em saúde; serviços de saúde

Abstract

Background: In a context marked by demographic ageing and the increasing complexity of care provided to institutionalized older adults, formal caregivers play a central role within healthcare institutions. These professionals face particularly high physical and emotional demands. Burnout Syndrome currently represents one of the most significant consequences of occupational stress, making it essential to further investigate this phenomenon. It compromises caregivers' psychological and physical well-being and, consequently, impacts the quality of care provided, often being exacerbated by gaps in training and preparedness to respond to the specific needs of residents.

Objective: To analyse the relationship between self-perceived training needs and burnout dimensions among formal caregivers.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study was conducted, involving a sample of 40 formal caregivers. Data were collected using a questionnaire that included sociodemographic and professional characterization, professional training and self-perceived training needs, as well as the Portuguese version of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI-PT), validated for the Portuguese population. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee.

Results: Caregivers reported training needs mainly in first aid (45.0%), prevention of pressure ulcers/wounds (42.5%), emotional management (40.0%) and end-of-life care (35.0%). Risk and accident prevention (37.5%) and mental health (27.5%) were also identified as relevant areas. A total of 55.0% considered the training received to be insufficient, and active engagement in training was low, as reported by 75.0% of caregivers. Regarding burnout, the findings suggest an association with work demands and organizational conditions, highlighting its impact on professionals' well-being.

Conclusion: The findings clearly demonstrate the importance of investing in continuous training and in institutional support measures directed at formal caregivers. Investment in these areas contributes not only to improving professional well-being but also to ensuring higher quality care in residential care homes for older people.

Keywords: older people; caregivers; nursing homes; burnout; health education; health services

Sumário

Lista de tabelas.....	xiii
Lista de figuras	xv
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	xvi
Introdução.....	19
1. Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade e em Unidade de Saúde Pública ...	23
1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade de Anadia	23
1.1.2. Contexto do estágio	27
1.2. Caracterização da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local de Águeda	40
1.2.1. Contexto do estágio	41
2. Componente de Investigação – Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção	51
2.1. Introdução.....	51
2.2. Estado da arte	53
2.3. Metodologia	59
2.3.1. Tipo de estudo	59
2.3.2. População e Amostra.....	59
2.3.3. Instrumentos de Colheita de Dados	60
2.3.4. Procedimentos éticos.....	62
2.3.5. Procedimentos de colheita de dados	63
2.3.6. Procedimentos para tratamento e análise de dados	64
2.4. Resultados.....	64
2.4.1. Análise descritiva	65
2.4.2 Análise inferencial.....	72
2.4.3. Discussão dos resultados	80
2.4.4. Conclusão.....	89
3. Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista	93

3.1. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista	93
3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	100
Conclusão.....	105
Referências bibliográficas	109
Anexos	115
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	117
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do IPV	123
Anexo III – Autorização do autor da escala CBI	125
Anexo IV – Autorização do autor do Questionário Sociodemográfico.....	125

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1. Teste de normalidade da distribuição dos dados	73
Tabela 2. Estatísticas relativas à idade dos cuidadores formais em função do género	74
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais em função do género	74
Tabela 4. Caracterização do estado de saúde dos cuidadores formais	76
Tabela 5. Caracterização da acessibilidade residência-instituição dos cuidadores formais	76
Tabela 6. Caracterização profissional e formação dos cuidadores formais em função do género	77
Tabela 7. Áreas de formação que os inquiridos possuem	78
Tabela 8. Opinião dos cuidadores formais sobre a adequação da formação em função do género	80
Tabela 9. Necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar	82
Tabela 10. Estatísticas relativas às dimensões do burnout	83
Tabela 11. Teste U de Mann-Whitney entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de burnout	84
Tabela 12. Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e as dimensões de burnout	84
Tabela 13. Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis profissionais e as dimensões de burnout	85
Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney entre as necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar e as dimensões do burnout	88
Tabela 15. Regressão múltipla entre o burnout pessoal, a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas	89
Tabela 16. Regressão múltipla entre o burnout relacionado com o trabalho, a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas	90
Tabela 17. Regressão múltipla entre o burnout relacionado com o cliente, a idade, os	91

anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas

Tabela 18. Regressão múltipla entre o burnout global, a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de 92 experiências/formação entre colegas

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Pirâmide Etária da população inscrita na UCC Anadia por idade e gênero em abril de 2025	26

Lista de siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
BAT-12	Burnout Assessment Tool (versão de 12 itens)
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CBI-PT	Copenhagen Burnout Inventory – versão portuguesa
DGS	Direção-Geral da Saúde
Dp	Desvio padrão
EEEC-ESCSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
M	Média
MBI	Maslach Burnout Inventory
N	Frequência absoluta
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Valor de significância
PORDATA	Base de Dados Portugal Contemporâneo
PT	Português
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SNS BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SU	Serviço de Urgência
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
ULS	Unidade Local de Saúde
USP	Unidade de Saúde Pública
USP-SL	Unidade de Saúde Pública – Serviço Local
WHO	World Health Organization
%	Porcentagem

Introdução

O presente trabalho decorre do Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP), desenvolvidos no contexto do Plano de Estudos do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Anadia, entre 15 de setembro e 31 de outubro de 2025 e na Unidade de Saúde Pública – Serviço Local (USP-SL) Águeda, entre 3 de novembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, constituindo um marco primordial no percurso formativo conducente à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista. Este documento reflete o processo de desenvolvimento de competências especializadas, sustentado na evidência científica, na reflexão crítica e na prática supervisionada, sendo, assim, uma forma pessoal de demonstrar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção da saúde das comunidades e na melhoria contínua dos cuidados prestados.

Deste modo, e de uma forma mais explícita, este documento visa descrever, analisar e refletir criticamente sobre as atividades realizadas, as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas ao longo do período de estágio, em consonância com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEEC-ESCSP), assume um papel determinante na promoção e salvaguarda da saúde coletiva, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde das populações, através da promoção da saúde e da prevenção da doença. A sua atuação caracteriza-se por uma prática autónoma, sustentada na reflexão crítica e na melhor evidência científica disponível, aliada à capacidade de liderança e de intervenção estratégica em contextos comunitários e de saúde pública. Nos termos do Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, da OE, este especialista detém competências próprias que o diferenciam no âmbito dos cuidados de enfermagem avançados. Compete-lhe analisar o perfil de saúde das comunidades, recorrer a metodologias de planeamento em saúde e

identificar determinantes sociais, económicos e ambientais com impacto no bem-estar coletivo. Entre as suas atribuições incluem-se a definição de prioridades em saúde, o desenvolvimento e implementação de programas e estratégias de intervenção, bem como a articulação e mobilização de recursos comunitários com vista à criação de contextos promotores de saúde. Assume igualmente um papel relevante na capacitação de indivíduos, grupos e comunidades, incentivando a participação ativa e o *empowerment* nos processos de decisão relacionados com a saúde.

É, ainda da sua competência coordenar processos de vigilância epidemiológica e de planeamento em saúde, conceber e implementar projetos que vão ao encontro das orientações estratégicas nacionais e locais. A sua intervenção desenvolve-se em estreita articulação com diferentes instituições e parceiros comunitários, para promoção de respostas integradas e sustentáveis perante as necessidades identificadas. O seu contributo revela-se essencial no reforço da literacia em saúde, na promoção da equidade no acesso aos cuidados e na melhoria consistente dos indicadores de saúde das populações, conforme preconizado no enquadramento regulamentar em vigor (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, OE).

A escolha por esta área de especialização nasceu, acima de tudo, do meu próprio percurso. Ao longo de 13 anos a trabalhar numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), fui construindo uma experiência sólida e um envolvimento cada vez maior nas dinâmicas da equipa, na sua capacitação, especialmente no âmbito do controlo de infeção e prevenção de quedas.

Nesse contexto, desempenhei funções como elemento dinamizador da equipa local de controlo de infeção, assumindo um papel ativo na sensibilização, organização e implementação de boas práticas. Durante o período particularmente exigente da pandemia por COVID-19, exerci a minha função como enfermeira na linha da frente, assegurando cuidados diretos às pessoas institucionalizadas, muitas delas em situação de elevada vulnerabilidade. Foi um tempo marcado por desafios constantes, incertezas e pela necessidade de adaptação contínua, onde a responsabilidade profissional e ética assumiu ainda maior dimensão. Nesse contexto, para além da prestação de cuidados, tive também um papel ativo na promoção de práticas seguras, na orientação da equipa e no apoio às famílias, procurando garantir qualidade, segurança e humanização dos cuidados, mesmo num cenário de grande adversidade.

Foi este percurso, feito de aprendizagem contínua, compromisso e sentido de missão, que naturalmente me conduziu à decisão de aprofundar conhecimentos e investir nesta área de especialização.

Atualmente, exerço funções numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), realidade que reforçou, de forma ainda mais significativa e veemente, a minha perceção acerca da relevância da Saúde Comunitária e da Saúde Pública, da prevenção da doença e da implementação de estratégias organizadas de controlo e promoção da saúde em contextos vulneráveis.

Neste pressuposto, a realização do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública proporcionou-me indiscutivelmente uma oportunidade singular de crescimento pessoal e profissional. Este percurso permitiu consolidar conhecimentos científicos e desenvolver competências especializadas orientadas para a intervenção junto das comunidades, em diferentes contextos. Para além do aprofundamento da capacidade crítica, reflexiva e autónoma no exercício profissional, esta experiência foi decisiva para fortalecer a consciência ética e social inerente ao papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde da comunidade e da saúde pública, uma forma de reafirmação deste profissional como agente ativo na construção de comunidades mais saudáveis, resilientes e equitativas.

Imbuída destas premissas e indo de encontro às necessidades identificadas, propusemo-nos a desenvolver uma investigação intitulada “*Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção*”, integrando esta problemática no presente percurso formativo. Este estudo tem como finalidade identificar as principais necessidades formativas e avaliar as dimensões do *burnout* dos cuidadores formais que exercem funções em ERPI no concelho de Anadia, servindo de contributo para a definição de estratégias promotoras de saúde ocupacional e de bem-estar profissional.

O concelho de Anadia apresenta uma marcada tendência de envelhecimento populacional, evidenciada pelos dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024) e da PORDATA (2024). No ano de 2024, a população residente ascendia a 28512 pessoas, observando-se que a população com idade igual ou superior a 65 anos registava um valor de 29,9% (indicador a confirmar nos Censos mais recentes). No Portal Transparência (2024), o Índice de Envelhecimento indica a existência de mais de 265 idosos por cada 100 jovens. Por sua vez, os indicadores resumo do INE (2024) apresentam um valor de 50,4%, associado ao índice de dependência de idosos, indicativo da existência de

cerca de 50 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos). Estes dados demonstram uma forte tendência de envelhecimento populacional em Anadia, acentuada nas últimas décadas, acompanhando o panorama nacional de envelhecimento demográfico.

Com o aumento das respostas sociais de apoio domiciliário, os idosos que ingressam atualmente em ERPI tendem a apresentar maior fragilidade e dependência do que no passado. Assim, os cuidadores formais enfrentam um número crescente de residentes e necessidades de saúde mais complexas (Aleo et al., 2024). As elevadas exigências laborais e condições de trabalho stressantes aumentam o risco de *burnout* em cuidadores formais em contexto de ERPI, o que agrava a escassez de recursos humanos e pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados aos residentes (Geyskens et al., 2026). Neste sentido, o trabalho de investigação analisa a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões de *burnout* nos cuidadores formais em contexto de ERPI, com a finalidade de produção de conhecimento científico relevante e para a melhoria contínua da prática em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Por conseguinte, é esperado que os resultados obtidos possam sustentar recomendações orientadas para a prevenção do *burnout* nestes profissionais, promover ambientes de trabalho mais saudáveis e cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa, bem como reforçar o princípio de que ao enfermeiro compete igualmente cuidar de quem cuida.

Em termos estruturais, o presente relatório encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro é apresentada a componente de estágio, onde se descrevem e analisam os contextos de prática clínica. No segundo, integra-se a componente de investigação, que inclui a fundamentação teórica, a metodologia adotada, a apresentação e análise dos resultados, bem como a sua discussão à luz da evidência científica. No terceiro desenvolvem-se as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O documento culmina com as conclusões finais, onde se sintetizam os principais contributos do estudo, e com as referências bibliográficas e anexos que sustentam o trabalho desenvolvido.

1. Estágio em Unidade de Cuidados na Comunidade e em Unidade de Saúde Pública

Neste capítulo procede-se à apresentação e contextualização do local de estágio, desenvolvido no âmbito da unidade curricular Opção 5 – Estágio com Relatório Final, realizado em UCC e em USP. Estes contextos formativos proporcionaram a oportunidade de mobilizar e aprofundar competências inerentes ao exercício do enfermeiro especialista.

1.1. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade de Anadia

As UCC foram instituídas no contexto da reorganização dos cuidados de saúde primários, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estas unidades funcionais foram concebidas para assegurar a prestação de cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, em contexto domiciliário e comunitário, dirigindo-se sobretudo a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, risco acrescido ou dependência física e funcional, ou ainda perante situações de doença que exijam acompanhamento de proximidade. Para além da vertente assistencial, as UCC desenvolvem intervenções no âmbito da educação para a saúde, promovem a articulação com redes de suporte familiar e comunitário e dinamizam unidades móveis de intervenção. A sua constituição assenta numa equipa multiprofissional, integrando, entre outros, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas da fala.

Posteriormente, através do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, foi regulamentada a organização e o funcionamento destas unidades, definindo-se os seus princípios orientadores e o modelo de gestão, baseado numa lógica participativa que valoriza a motivação e a satisfação profissional. Este enquadramento normativo prevê igualmente mecanismos de monitorização e avaliação do desempenho, contemplando indicadores de qualidade e níveis de satisfação enquanto critérios relevantes de análise.

A UCC de Anadia constitui uma unidade funcional integrada na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, encontrando-se sediada na Avenida Engenheiro Tavares da Silva, em Anadia. A sua área de intervenção abrange sete freguesias e três uniões de

freguesias, Avelãs de Caminho, Avelãs de Cima, Moita, Sangalhos, São Lourenço do Bairro, Vilarinho do Bairro, Vila Nova de Monsarros, União das Freguesias de Amoreira, Paredes e Arco, União das Freguesias de Arcos e Mogofores e União das Freguesias de Tamengos, Aguim e Óis do Bairro, correspondendo a um total aproximado de 27 979 utentes inscritos (SNS, BI-CSP UCC Anadia, s.d.).

Trata-se de uma estrutura multiprofissional que assegura cuidados de saúde, apoio psicológico e acompanhamento social em contexto domiciliário e comunitário, dirigindo-se prioritariamente a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, risco acrescido ou dependência física, funcional ou associada à doença, que necessitam de acompanhamento clínico e social continuado. Dinamiza iniciativas de educação para a saúde, integra redes de suporte familiar e comunitário e operacionaliza unidades móveis de intervenção, em consonância com a sua missão institucional (SNS, BI-CSP UCC Anadia, s.d.).

A UCC de Anadia pauta a sua intervenção por uma resposta humanizada, articulada e diferenciada, procurando assegurar a continuidade de cuidados e a adequada referenciação social. Atua em estreita colaboração com parceiros estratégicos da comunidade, designadamente autarquias, serviços da Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações e outras entidades locais (UCC Anadia, 2021).

A sua missão orienta-se para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a capacitação da pessoa, da família e da comunidade, fomentando a autonomia e garantindo a utilização eficiente dos recursos disponíveis, com elevados padrões de satisfação dos utentes e profissionais. Sustenta-se em valores como ética, deontologia, competência, respeito, equidade, qualidade, eficácia, eficiência, dinamismo e investigação (UCC Anadia, 2021; Ministério da Saúde, s.d.). No quotidiano assistencial, estes princípios materializam-se através de uma prática de proximidade, sensível às necessidades reais da população, conciliando rigor técnico-científico com uma abordagem humanista e empática. A UCC afirma-se, assim, como um pilar essencial na promoção da saúde e na coesão social da comunidade onde se insere.

A equipa técnica possui natureza multidisciplinar, integrando enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, higienistas orais, nutricionistas e um assistente técnico (SNS, BI-CSP UCC Anadia, s.d.). Inclui igualmente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, nos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. A coordenação da

unidade encontra-se a cargo da Enfermeira Especialista Silvana Ferreira Marques (UCC Anadia, 2024).

O horário de funcionamento decorre maioritariamente de segunda a sexta-feira, entre as 8h00 e as 20h00, podendo existir resposta ao fim de semana e feriados sempre que as necessidades assistenciais o justifiquem, evidenciando flexibilidade organizacional.

No âmbito das suas atribuições, a UCC desenvolve diversos programas e projetos enquadrados nos planos locais de saúde, com os quais foi possível contactar durante o estágio, reforçando a articulação entre formação académica e prática profissional em contexto real.

Relativamente ao perfil demográfico da população abrangida, a análise da pirâmide etária referente a abril de 2025 (RNU 04/2025) evidencia a distribuição dos utentes por idade e género, informação essencial para o planeamento estratégico e adequação das intervenções às diferentes fases do ciclo vital. A diversidade territorial traduz-se numa multiplicidade de necessidades e desafios, exigindo da UCC uma atuação ajustada às especificidades locais. Tal como sucede em muitos concelhos do país, o município de Anadia apresenta um acentuado envelhecimento demográfico.

A análise da pirâmide etária da população inscrita na UCC Anadia evidencia uma estrutura demográfica marcadamente envelhecida. Observa-se uma maior percentagem de utentes nos grupos etários compreendidos entre os 50 e os 74 anos, destacando-se particularmente os escalões etários dos 60 aos 64, dos 65 aos 69 e dos 70 aos 74 anos. Esta distribuição revela um peso significativo da população idosa, a refletir o aumento da esperança média de vida e as tendências demográficas atualmente verificadas em Portugal. Por outro lado, a base da pirâmide apresenta-se relativamente estreita, sobretudo nos grupos correspondentes às crianças e aos jovens até aos 14 anos de idade, o que evidencia uma reduzida taxa de natalidade e uma insuficiente renovação geracional. Esta situação contribui para o agravamento do envelhecimento demográfico e para o aumento do índice de dependência dos idosos. Relativamente à distribuição por género, verifica-se um predomínio do sexo feminino, especialmente nos grupos etários mais avançados. A diferença entre homens e mulheres torna-se mais evidente a partir dos 70 anos, refletindo a maior longevidade feminina. No total da população abrangida, registam-se 14 529 mulheres e 13 450 homens, confirmando uma ligeira feminização da população inscrita (Figura 1).

Pirâmide Etária dos Utentes Abrangidos

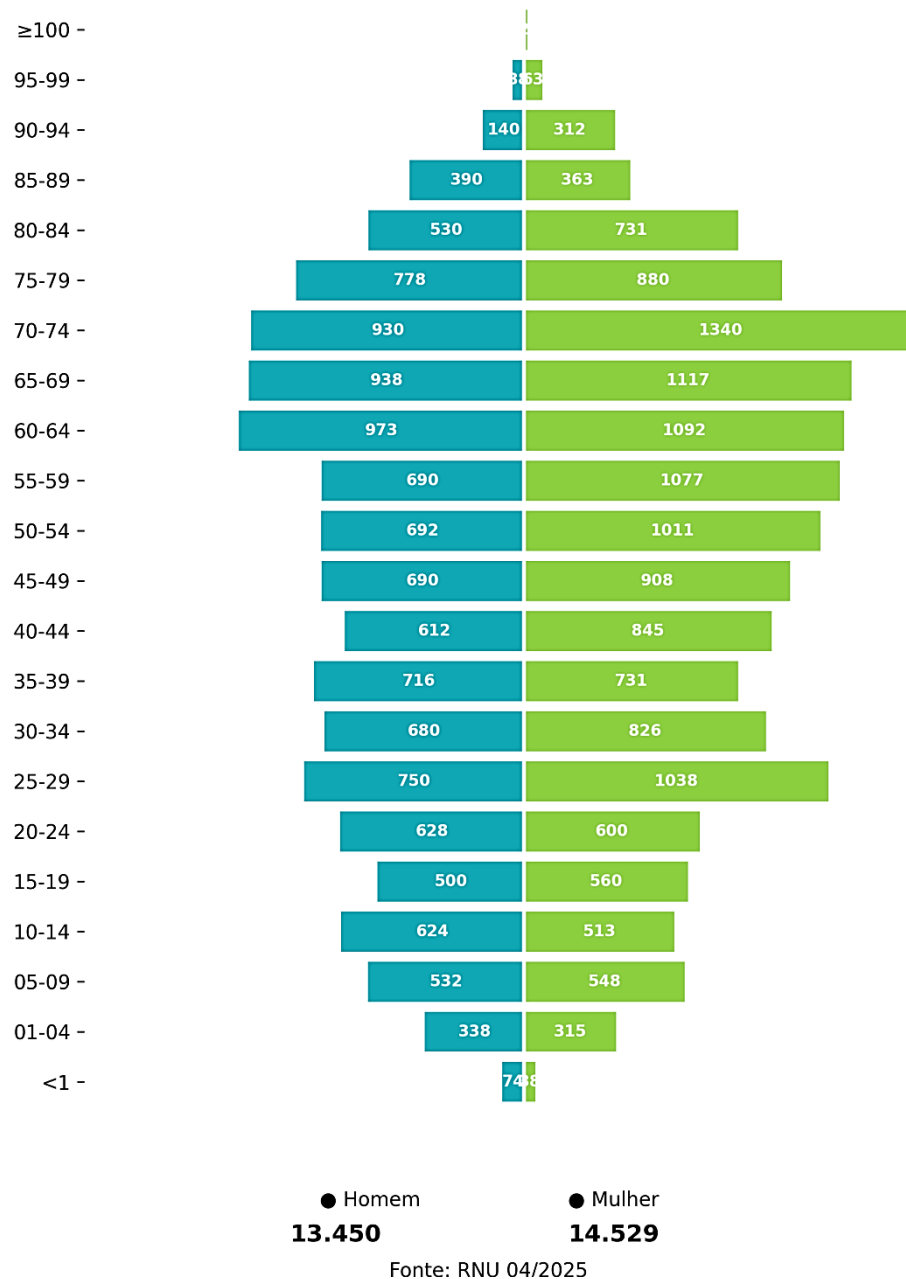


Figura 1. Pirâmide Etária da população inscrita na UCC Anadia por idade e gênero em abril de 2025.

Na globalidade, a pirâmide etária da UCC Anadia caracteriza-se por uma população envelhecida, marcada pela redução dos grupos etários mais jovens e pelo aumento da população idosa, sobretudo do sexo feminino. Esta realidade demográfica reforça a necessidade de desenvolver respostas de saúde orientadas para o envelhecimento ativo, a

prevenção da dependência e o acompanhamento das doenças crônicas, de forma a responder adequadamente às necessidades desta população.

1.1.2. Contexto do estágio

A caracterização efetuada possibilita demonstrar a diversidade e a complexidade do contexto em que a UCC de Anadia desenvolve a sua intervenção. Com uma vasta e heterogênea área geográfica e uma população acentuadamente envelhecida, procura dar resposta às necessidades identificadas através de uma atuação articulada, humanizada e orientada para a eficiência e qualidade dos cuidados. A sua intervenção alicerça-se numa perspetiva multidisciplinar, regendo-se pela colaboração ativa com parceiros institucionais e comunitários, privilegia a proximidade, a continuidade assistencial e a adequação das respostas às especificidades locais. A missão, visão e valores que orientam a UCC de Anadia encontram expressão concreta na prática diária dos seus profissionais, espelhando, assim, uma prestação de cuidados centrada na pessoa, consolidada em princípios éticos, científicos e de responsabilidade social.

A vivência proporcionada ao longo do estágio permitiu aprofundar de forma significativa o conhecimento acerca da estrutura organizacional e do modelo de funcionamento da UCC, bem como reconhecer a importância estratégica do trabalho em rede e da articulação interinstitucional. Esta experiência revelou, igualmente, a relevância do planeamento em saúde comunitária como instrumento orientador da intervenção, assim como a necessidade de uma adaptação contínua às transformações demográficas, sociais e epidemiológicas do território. A organização destes elementos assume-se, deste modo, como base estruturante para a reflexão crítica sobre as práticas e as intervenções desenvolvidas em contexto de estágio, uma base sólida para a análise aprofundada que será apresentada seguidamente.

Desde o início do estágio em UCC de Anadia, participei ativamente na caracterização do contexto populacional abrangido pela Unidade, uma oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre as instituições parceiras e as dinâmicas locais de resposta social e de saúde. Este processo permitiu-me compreender de forma mais inclusiva os determinantes sociais, os perfis de vulnerabilidade e os fatores que influenciam o bem-estar da população, com especial enfoque nas ERPI do concelho.

A integração na equipa multiprofissional e o contacto direto com os diferentes parceiros institucionais, em contexto de UCC, favoreceram uma abordagem participativa e intersetorial, pois permitiu-me aplicar a metodologia do Planeamento em Saúde na identificação das necessidades da comunidade. Neste enquadramento, emergiu como prioridade o diagnóstico das necessidades formativas e dos níveis de *burnout* dos cuidadores formais das ERPI do concelho de Anadia, com o efetivo reconhecimento da relevância em compreender os desafios inerentes ao exercício destas funções e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Como consequência do envelhecimento demográfico a nível mundial (*European Commission*, 2021), prevê-se um aumento significativo da procura de cuidados de longa duração nas próximas décadas. Estima-se que, até 2050, a população com mais de 80 anos duplique nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2020). Projeta-se que, nesse mesmo ano, existam apenas duas pessoas em idade ativa por cada pessoa com mais de 65 anos, o que traduz um aumento expressivo do índice de dependência de idosos. Esta realidade implicará a necessidade de reforçar substancialmente o número de profissionais afetos aos cuidados de longa duração, incluindo aqueles que exercem funções em ERPI (Aleo et al., 2024).

Porém, o setor enfrenta desafios significativos ao nível do recrutamento e retenção de profissionais. Uma parte considerável dos cuidadores formais de ERPI encontra-se próxima da idade de reforma, o que reforça a urgência de estratégias coordenadas, a nível nacional e internacional, que garantam um planeamento eficaz da força de trabalho, bem como medidas sustentadas de retenção e atração de novos profissionais (Atella et al., 2019; Fitzpatrick et al., 2023). Acresce que o cuidado à pessoa idosa tem sido identificado como uma das áreas menos procuradas pelos profissionais de saúde (Resnick et al., 2022). Esta realidade encontra-se associada a perceções negativas sobre o setor, frequentemente relacionadas com reduzida experiência clínica com pessoas idosas, presença de idadismo e a ideia de que os contextos de ERPI apresentam condições de trabalho menos favoráveis e limitadas oportunidades de progressão na carreira (Fitzpatrick et al., 2023). As experiências e a saúde dos cuidadores formais relativamente ao trabalho com a população idosa constituem, assim, um fator determinante para a sustentabilidade futura das ERPI e do setor dos cuidados continuados (Fitzpatrick et al., 2023).

Neste contexto, a formação contínua assume particular relevância. O acesso a oportunidades de desenvolvimento profissional, particularmente quando articuladas com a progressão na carreira, pode desempenhar um papel crucial na retenção e motivação dos

cuidadores formais que exercem funções em ERPI, onde frequentemente o acesso à formação é limitado (Aleo et al., 2024). A formação contínua tem sido associada a estratégias eficazes de planeamento da força de trabalho, promove maior satisfação profissional e contribui para a construção de uma base sustentável de profissionais em ERPI (Aleo et al., 2024).

Esta evidência reforça a pertinência de estudar as necessidades formativas e os níveis de *burnout* dos cuidadores formais em ERPI, bem como de refletir sobre os fatores que influenciam o seu bem-estar e o seu desempenho profissional, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas.

É de ressaltar a apresentação do projeto de investigação sobre as necessidades formativas e o *burnout* dos cuidadores formais das ERPI do concelho de Anadia à equipa da UCC e aos parceiros institucionais, abrangendo o Conselho Local de Ação Social de Anadia reunido em Plenário no dia 23 de outubro de 2025, ambos os momentos constituíram uma experiência enriquecedora. Sinto que esta partilha contribuiu para aumentar a sensibilização sobre a importância do cuidado com aqueles que cuidam, fazendo evidenciar ainda mais que a temática do *burnout* e da formação contínua diz respeito a todos e é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados à comunidade.

Quero deixar exposto que, durante o desenvolvimento do projeto para a realização do estudo de investigação, encontrava-me na fase de levantamento e análise de dados, para caracterizar de forma rigorosa a realidade destes profissionais e identificar áreas prioritárias de intervenção. Esta etapa constituiu uma experiência de elevado valor formativo, pois possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da investigação, da análise crítica e da articulação com diferentes parceiros, bem como o aprofundar a sensibilidade face às dimensões humanas e emocionais associadas ao cuidar.

Numa fase subsequente, foi perspectivada a planificação e implementação de intervenções orientadas para as necessidades identificadas, com o objetivo de promover o bem-estar, a valorização profissional e a prevenção do *burnout* entre os cuidadores formais de ERPI. Posteriormente, foi prevista a avaliação dos resultados alcançados, para garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a sustentabilidade das estratégias implementadas.

A metodologia adotada privilegiou uma abordagem participativa e centrada no *empowerment* dos profissionais, potenciando o reforço da literacia em saúde e a corresponsabilização na adoção de medidas preventivas.

Através da dinamização de sessões educativas no âmbito da Saúde Escolar, no processo formativo na UCC, nomeadamente nos projetos “Alinha-te”, “Dormir bem, crescer melhor”, “Ser pela vida, SBV” e #TuDecides#, tive a oportunidade de desenvolver competências na promoção da literacia em saúde e no empoderamento das crianças e adolescentes. Estas atividades foram planeadas de acordo com os princípios da promoção da saúde e da participação ativa, permitindo reforçar a autonomia das crianças e jovens na tomada de decisões conscientes e saudáveis, bem como incentivar hábitos de vida mais saudáveis. Dou especial relevo ao projeto #TuDecides#, que partiu de um desafio proposto pela equipa da UCC para dar resposta a uma necessidade identificada na comunidade escolar, centrado na prevenção do consumo de drogas em contexto escolar, ao qual dou especial ênfase por ter sido criado na sua plenitude seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde.

A escola constitui um espaço fortemente influenciado pelas políticas educativas e de saúde, bem como pelos valores sociais e comunitários do meio onde se insere (DGS, 2015). Atualmente, as escolas enfrentam contextos marcados por elevada complexidade educativa e crescente multiculturalidade, refletindo a diversidade social contemporânea (Conselho Nacional da Educação, 2023). De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2030 (DGS, 2021), o princípio de “*não deixar ninguém para trás*” implica a identificação de grupos mais vulneráveis ou em maior risco, entre os quais se incluem adolescentes em contextos de vulnerabilidade social e migratória. Este enquadramento estratégico sublinha a importância da redução das desigualdades em saúde, do reforço de parcerias intersetoriais e da criação de ambientes promotores de saúde em meio escolar, com vista à maximização dos ganhos em saúde na comunidade educativa.

Neste contexto, a promoção da literacia em saúde assume um papel central. A OMS (2019) destaca a literacia em saúde como um conceito fundamental para o desenvolvimento de competências que permitam aos indivíduos aceder, compreender, avaliar e aplicar informação relacionada com a saúde. Sorensen et al. (2012) reforçam que a literacia em saúde integra conhecimento, competências e motivação necessárias para a tomada de decisões informadas. Em adolescentes, particularmente em contexto escolar, estas competências são determinantes para a adoção de comportamentos saudáveis e para a construção de trajetórias de vida mais conscientes e responsáveis.

A Promoção da Saúde, tal como definida pela OMS (Nutbeam, 1998), visa capacitar indivíduos e comunidades para melhorar o seu bem-estar, que está intrinsecamente associada ao desenvolvimento da literacia em saúde. Assim, a escola constitui um cenário

privilegiado para a implementação de estratégias que potenciem o *empowerment* dos adolescentes, fortalecer-lhes competências pessoais e sociais que influenciam positivamente comportamentos e resultados em saúde. A missão da saúde escolar passa, deste modo, por fomentar uma consciência coletiva de que a saúde é um bem essencial e uma responsabilidade partilhada, contribuindo para a formação de adultos mais saudáveis e informados (Martins & Borges, 2023). A articulação entre a responsabilidade profissional, a capacitação dos adolescentes e o desenvolvimento de competências em saúde reforça o papel da escola enquanto espaço estruturante na promoção da literacia em saúde e na construção de comunidades educativas mais saudáveis e resilientes.

Durante o estágio em UCC, integrei-me ativamente em diversas atividades enquadradas nos programas prioritários do sistema de saúde português, alinhadas com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2030. Esta participação permitiu-me compreender, de forma mais ampla e vivenciada, a importância do papel do enfermeiro na promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida e na proximidade com a comunidade. Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar em diversas consultas integradas nos programas nacionais prioritários de saúde, orientadas para a prevenção e redução de comportamentos aditivos e para a promoção do desenvolvimento infantil.

A este propósito, a evidência mostra que, entre os programas existentes para a redução de comportamentos aditivos direcionados para os adolescentes em contexto escolar, o programa *Preventure* foi avaliado em cinco ensaios com adolescentes de elevado risco identificados em contexto escolar, em diferentes países (Canadá, Europa e Austrália) (Newton et al., 2016). O *Preventure* é um programa de prevenção que utiliza técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e estratégias de Entrevista Motivacional (EM). É implementado de forma seletiva em meio escolar junto de adolescentes identificados como estando em risco de desenvolver perturbações aditivas, focando-se em quatro fatores de risco de personalidade: pensamento negativo, sensibilidade à ansiedade, impulsividade e procura de sensações (Conrod, 2016). Concebido para a prevenção do consumo de substâncias, os resultados descritos na literatura demonstram efeitos claros e consistentes na redução (Guillou-landreat et al., 2021). O programa foi estudado em diferentes amostras de adolescentes recrutados na comunidade (nomeadamente em escolas), com identificação prévia de adolescentes em risco (Guillou-landreat et al., 2021). Os mesmos autores reforçam a necessidade de tornar programas desta natureza mais acessíveis, direcionando-os a adolescentes para a prevenção precoce de comportamentos aditivos, em contexto escolar, onde os enfermeiros desempenham uma ação central em parceria com toda a comunidade educativa e outros profissionais de saúde (Guillou-landreat et al., 2021).

Participei nas consultas de alcoologia, dirigidas a utentes das unidades funcionais do SNS do concelho de Anadia que manifestaram vontade explícita de abandonar a dependência do álcool. Portugal foi classificado como o país da Europa com a maior percentagem de pessoas que consomem álcool diariamente (Landgeist, 2024). De acordo com uma publicação da página @Land_geist, com base em dados do Eurostat, em Portugal, 21,4% da população consome álcool todos os dias. Este valor é significativamente superior ao do país seguinte na lista, a vizinha Espanha, onde a percentagem é de 13,5%. Em terceiro lugar surge a Itália, com 12,4% (Landgeist, 2024).

A procura por consultas especializadas na área da alcoologia tem registado um crescimento significativo, acompanhando a tendência de aumento do consumo de álcool em Portugal. Embora os homens continuem a representar a maioria dos consumidores, observa-se igualmente um aumento preocupante entre mulheres e jovens. Em declarações à agência Lusa, a 20 maio de 2023, a presidente da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Joana Teixeira, referiu que tem havido um acréscimo de pessoas a procurar apoio para perturbações relacionadas com o uso de álcool, incluindo situações de dependência. Na altura, existiam listas de espera para consulta, reflexo do aumento do número de casos. Segundo a especialista, este crescimento deve-se ao surgimento de novos casos e ao agravamento de situações previamente estabilizadas, especialmente aquando do contexto da pandemia, período em que muitos doentes recaíram. Tal realidade contribuiu para um aumento do tempo de espera para acesso a tratamento. Relativamente à adesão terapêutica, Joana Teixeira destaca que os resultados são globalmente positivos quando os doentes iniciam acompanhamento. No entanto, o grande desafio continua a ser o acesso ao tratamento, considerando que, dos cerca de um milhão de portugueses com perturbações do uso do álcool, menos de 10% se encontram efetivamente em acompanhamento clínico (Lusa, 2023). A especialista sublinha ainda que não existe um nível de consumo totalmente isento de risco. O consumo superior a três unidades diárias nos homens e duas nas mulheres aumenta a probabilidade de desenvolver doença, embora não exista uma fronteira rígida entre consumo considerado “normal” e consumo patológico (Lusa, 2023).

Para além do acompanhamento em consulta, as comunidades terapêuticas desempenham um papel essencial no tratamento de casos graves que não respondem ao regime ambulatorio. Contudo, Joana Teixeira alude que persistem dificuldades no encaminhamento, muitas vezes associadas a processos burocráticos morosos. Em situações de internamento para desintoxicação, pode decorrer um período prolongado até à integração em comunidade terapêutica, o que coloca desafios clínicos e organizacionais, nomeadamente o risco de recaída durante o tempo de espera. Esta realidade evidencia a

necessidade de respostas mais céleres e articuladas, garantir a continuidade assistencial e maior eficácia na intervenção junto das pessoas com perturbações do uso do álcool. Este projeto enquadra-se no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, enquadrado na estratégia da União Europeia para a diminuição dos problemas relacionados com o consumo de álcool e com a estratégia global da OMS para reduzir o uso nocivo do álcool (Lusa, 2023).

De igual modo, colaborei nas consultas de cessação tabágica, desenvolvidas no âmbito do programa nacional prioritário “Prevenção e Controlo do Tabagismo”, cujo objetivo é reforçar as estratégias de promoção da cessação, reduzir a prevalência de fumadores e, consequentemente, diminuir a incidência de doenças crónicas associadas ao consumo de tabaco.

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública mundial, causando mais de 7 milhões de mortes por ano, além de incapacidade e sofrimento prolongado devido a doenças relacionadas com o seu consumo (OMS, 2025). Todas as formas de consumo de tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro de exposição, incluindo ao fumo passivo, que provoca cerca de 1,6 milhões de mortes anuais (OMS, 2025). Em conformidade com a mesma fonte, cerca de 80% dos 1,3 mil milhões de utilizadores de tabaco vivem em países de baixo e médio rendimento, onde o impacto da doença e da mortalidade é mais elevado. O consumo de tabaco agrava a pobreza, desvia recursos financeiros de necessidades básicas como a alimentação e a habitação e gera elevados custos económicos, quer ao nível das despesas de saúde, quer pela perda de produtividade associada à doença e morte prematura. Entre as estratégias mais eficazes, a OMS (2025) salienta:

- i. Supervisão contínua do consumo e das políticas de controlo;
- ii. Proteção contra o fumo passivo, através de legislação antitabágica;
- iii. Apoio à cessação tabágica, abarcando o aconselhamento e a medicação;
- iv. Advertências gráficas nas embalagens e campanhas mediáticas de sensibilização;
- v. Proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco;
- vi. Aumento de impostos sobre produtos de tabaco, considerada a medida mais custo-efetiva;
- vii. Combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco;
- viii. Novos produtos com nicotina.

Produtos mais recentes, como o tabaco aquecido, os cigarros eletrônicos e as bolsas de nicotina, contêm nicotina (substância altamente aditiva) e outras substâncias tóxicas. Apesar de algumas alegações de “redução de risco”, não existem evidências que comprovem que sejam seguros. A exposição à nicotina é particularmente prejudicial em grávidas e jovens, afetando o desenvolvimento cerebral. A OMS (2025) destaca o conflito entre os interesses da indústria do tabaco e a saúde pública. A Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (OMS FCTC), em vigor desde 2005, é o principal instrumento internacional nesta área, complementado pela estratégia MPOWER, que orienta os países na implementação de políticas eficazes de controle do tabagismo (OMS, 2025).

O consumo de tabaco continua a constituir um dos principais fatores de risco evitáveis para a morbidade e mortalidade, reduzindo significativamente a qualidade de vida e a esperança média de vida dos indivíduos. Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde assume um papel determinante, sendo os enfermeiros o maior grupo profissional nos sistemas de saúde e, consequentemente, agentes privilegiados na promoção da cessação tabágica (Guo et al., 2022).

Uma revisão sistemática com meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados, conduzida por Zhang et al. (2025), avaliou a eficácia de diferentes intervenções lideradas por enfermeiros na cessação tabágica. O estudo incluiu 26 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 14 367 fumadores, e comparou várias combinações de intervenções, tendo como principal desfecho a prevalência de abstinência tabágica no último momento de seguimento. Os resultados demonstraram que intervenções estruturadas lideradas por enfermeiros aumentam significativamente as taxas de cessação tabágica. Em particular, o aconselhamento contínuo associado à vareniclina revelou-se uma das estratégias mais eficazes, seguido do aconselhamento combinado com intervenção familiar e com a terapêutica de substituição nicotínica. Mesmo intervenções mais breves, como o aconselhamento curto ou aconselhamento breve integrado nos cuidados, mostraram-se superiores aos cuidados habituais, evidenciando que qualquer abordagem estruturada conduzida por enfermeiros produz benefícios relevantes (Zhang et al., 2025).

Estes dados reforçam a importância da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica como espaço privilegiado para a implementação de intervenções baseadas na evidência. A integração regular de aconselhamento breve na prática clínica diária e a disponibilização de intervenções mais intensivas, quando indicado, potenciam ganhos significativos em saúde pública. Por outro lado, a abordagem liderada por enfermeiros permite um acompanhamento contínuo, personalizado e centrado na pessoa, favorece a

adesão terapêutica e a manutenção da abstinência a médio e longo prazo. Assim, a evidência científica sustenta que a Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica constitui uma intervenção custo-efetiva, acessível e clinicamente relevante e, como tal, deve ser reforçada enquanto estratégia estruturante nos programas de controlo do tabagismo.

Em ambas as experiências, reconheci a importância da abordagem motivacional e do acompanhamento contínuo no processo de mudança de comportamentos aditivos, compreendendo o papel fundamental do enfermeiro na capacitação e apoio dos utentes ao longo de todo o percurso de reabilitação.

Participei nas consultas de rastreio visual infantil e de intervenção precoce, dirigidas a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com comprometimento no desenvolvimento, deficiência ou necessidades educativas especiais. O rastreio da saúde visual na infância constitui uma intervenção de saúde pública integrada no Serviço Nacional de Saúde, destinada à deteção precoce de alterações visuais em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4-5 anos, mesmo na ausência de sinais ou sintomas evidentes. Esta medida tem como principal finalidade identificar precocemente anomalias oculares suscetíveis de originar ambliopia, frequentemente designada por “olho preguiçoso”, uma condição que pode comprometer o desenvolvimento normal da visão e, em situações mais graves, conduzir a perda visual significativa no olho afetado (Serviço Nacional de Saúde 24, 2025).

Colaborei igualmente nas consultas de avaliação das necessidades educativas especiais/necessidades de saúde especiais desenvolvidas pela UCC, o que me permitiu observar de perto a relevância da intervenção precoce e multidisciplinar na promoção do desenvolvimento infantil. Estas experiências possibilitaram um olhar mais atento sobre as situações de vulnerabilidade, bem como me permitiram identificar precocemente necessidades de encaminhamento e garantir que nenhuma criança com necessidades especiais permaneça em situação desprotegida.

No âmbito da Saúde Escolar, entendem-se como Necessidades de Saúde Especiais (NSE) aquelas que decorrem de condições de saúde física ou mental com repercussão significativa na funcionalidade da criança ou jovem. Estas situações podem originar limitações relevantes em determinados órgãos ou sistemas, interferir na assiduidade escolar e comprometer de forma efetiva o percurso e o sucesso no processo de aprendizagem (Ministério da Saúde, 2015, Norma n.º 015/2015, de 12 de agosto). As alterações nas funções ou estruturas corporais, nomeadamente em contextos de doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, dificuldades emocionais ou comportamentais, entre outras, podem influenciar negativamente o desempenho escolar (Viveiros et al., 2021).

Torna-se, por isso, fundamental a sua identificação precoce e adequada sinalização. É necessário desenvolver estratégias que minimizem barreiras associadas à aprendizagem, à comunicação, às atitudes e às relações interpessoais, bem como às condições de autonomia, acessibilidade física e contexto socioeconómico, promover também uma resposta educativa inclusiva e ajustada às necessidades individuais de cada criança e jovem (Viveiros et al., 2021).

A participação nas aulas de preparação para o parto e parentalidade constituiu igualmente uma experiência marcante, pela riqueza das interações estabelecidas com os casais e pelo papel educativo do enfermeiro na capacitação das futuras mães e pais, ajudando-os a enfrentar com confiança e segurança esta fase de transição. Este projeto encontra-se inserido no âmbito do programa nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, é dirigido a casais desde o 1º trimestre, pretendendo o desenvolvimento de saúde e competências parentais dos casais e a participação ativa do casal no processo de trabalho de parto.

A transição para a parentalidade é uma experiência transformadora, marcada por mudanças sociais, psicológicas e fisiológicas significativas, às quais nem sempre é fácil adaptar-se (Middleton et al., 2025). Este período, embora pleno de potencial de crescimento, está também associado a uma maior vulnerabilidade psicológica. É comum que os pais experienciem níveis elevados de stresse, ansiedade, angústia psicológica, sintomas depressivos e uma redução na capacidade de cuidar de si mesmos (Araújo et al., 2024). Estima-se que cerca de um quarto dos pais de “primeira viagem” enfrentem problemas de saúde mental durante a gravidez (~24% das mulheres e ~28% dos homens), e 21% no pós-parto (26% das mulheres e 15% dos homens) (Middleton et al., 2025). A saúde mental comprometida pode afetar o bem-estar dos próprios pais e o desenvolvimento e a saúde do bebé, bem como a qualidade do exercício da parentalidade (Figueiredo et al., 2018).

O bem-estar é compreendido como uma combinação entre sentir-se bem, funcionar eficazmente, ter um propósito de vida, algum controlo sobre a sua realidade e manter relações interpessoais positivas. A sua presença não equivale simplesmente à ausência de doença mental ou física, mas sim à coexistência de saúde mental e física positiva, acompanhada de uma perceção geral de que a vida corre bem (Araújo et al., 2024; Ruggeri et al., 2020).

Durante a transição para a parentalidade, práticas de autocuidado são frequentemente negligenciadas, dado o foco predominante nos cuidados ao recém-nascido. Tal situação reflete a tendência dos serviços de saúde em priorizar o bem-estar do bebé, em

detrimento das necessidades emocionais e físicas dos pais (Martínez et al., 2021). Esta lacuna é particularmente evidente na ausência de apoio sistemático à saúde mental dos pais, que frequentemente ficam fora das rotinas de avaliação e acompanhamento pós-natal (Martínez et al., 2021). A educação pré-natal pode assumir diferentes designações, como aulas para futuros pais, preparação para a parentalidade, educação pré-natal ou cursos de preparação para o parto e nascimento. A investigação sobre a preparação para o parto em aulas pré-natais demonstra que estas contribuem para que as mulheres se sintam mais preparadas para o momento do parto (Araújo et al., 2024; Martínez et al., 2021; Ruggeri et al., 2020).

Saliento igualmente a minha participação ativa na Campanha de Vacinação Sazonal contra a gripe e a COVID-19 referente ao período 2025/2026, enquadrada na Portaria n.º 287/2025/1, de 14 de agosto, que estabelece o modelo de funcionamento desta intervenção em farmácias de oficina. Esta campanha assume-se como uma medida estruturante de saúde pública, fundamental para prevenir a transmissão das infeções respiratórias, reduzir a morbilidade e mortalidade nas populações de maior risco e mitigar o impacto sazonal sobre o sistema de saúde, nomeadamente durante os meses de maior pressão assistencial.

A época sazonal 2025-2026 manteve o reforço previsto no Plano de Emergência e Transformação da Saúde, evidenciando a continuidade de uma estratégia orientada para ganhos efetivos em saúde. Destaca-se a disponibilização gratuita da vacina contra a gripe de dose elevada para pessoas com idade igual ou superior a 85 anos, bem como a sua administração aos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, em consonância com as orientações da DGS (Ministério da Saúde, 2025, Portaria n.º 287/2025/1, de 14 de agosto), com vista à proteção acrescida dos grupos mais vulneráveis.

No que respeita à vacinação contra a COVID-19, esta integra uma estratégia europeia concertada, garantindo o acesso simultâneo às vacinas nos Estados-Membros, mantendo-se a recomendação de vacinação sazonal com vacinas adaptadas às estirpes em circulação, conforme orientação do *European Centre for Disease Prevention and Control*. Apesar da declaração do fim da emergência de saúde pública internacional pela OMS, a evidência científica relativa à circulação sazonal de vírus respiratórios sustenta a pertinência da manutenção desta estratégia preventiva (Ministério da Saúde, 2025, Portaria n.º 287/2025/1, de 14 de agosto).

A minha intervenção decorreu num modelo de vacinação descentralizado, que envolve as farmácias comunitárias e os serviços do Serviço Nacional de Saúde, o que permite uma maior proximidade, acessibilidade e rapidez na cobertura vacinal. Ao longo da

campanha, participei nas diferentes fases do processo, desde o planeamento e organização logística à administração das vacinas, monitorização de eventuais reações adversas e registo nos sistemas informáticos, assegurando o cumprimento rigoroso das normas técnicas emitidas pela DGS, através da Unidade de Vacinas, Imunização e Produtos Biológicos (Ministério da Saúde, 2025, Portaria n.º 287/2025/1, de 14 de agosto).

A monitorização contínua da saúde da população foi uma componente marcante deste estágio, traduzida nas atividades de rastreio, nas consultas de acompanhamento e, sobretudo, nas visitas domiciliárias realizadas em contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estas experiências permitiram-me observar, de forma próxima e real, as condições de vida das pessoas, compreender a influência dos determinantes sociais da saúde e adaptar as intervenções às necessidades concretas de cada utente e família.

Durante as visitas domiciliárias em contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), participei ativamente na avaliação do estado de saúde, na gestão de sintomas, na prevenção de complicações e na promoção da autonomia funcional, sempre com uma abordagem centrada na pessoa e respeitando o seu ritmo, valores e contexto familiar. Este contacto direto com os utentes no seu ambiente habitual revelou-se profundamente enriquecedor, pois permitiu-me reforçar a importância da humanização dos cuidados, da proximidade relacional e da continuidade assistencial.

As visitas domiciliárias de enfermagem assumem um papel fulcral na garantia da continuidade de cuidados, sobretudo na transição do doente entre o hospital e o contexto comunitário. Estas visitas representam uma ponte entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, asseguram o acompanhamento clínico, a educação terapêutica, o controlo de sintomas e o apoio psicossocial, tudo no ambiente natural da pessoa, o seu domicílio (Francis & Asher, 2025). Esta abordagem centrada na pessoa permitiu-me uma intervenção mais humanizada, respeitando os valores, preferências e dinâmicas familiares. As visitas domiciliárias são essenciais para responder às necessidades complexas de utentes com doenças crónicas, dependência funcional, situações pós-alta hospitalar ou em risco de reinternamento. Ao promover a autogestão da doença, reforçar a adesão terapêutica e capacitar cuidadores informais, estas visitas contribuem significativamente para a redução de internamentos evitáveis, o aumento da satisfação dos utentes e o fortalecimento das redes de apoio comunitário (Francis & Asher, 2025).

Para além da componente assistencial, os enfermeiros que realizam visitas domiciliárias desempenham também um papel de mediação e articulação entre equipas

multidisciplinares. Facilitam a comunicação entre os diferentes elementos da equipa que integra, garantindo a continuidade e coerência dos planos terapêuticos. Esta coordenação é essencial para que os cuidados sejam integrados, personalizados e eficazes, refletindo as metas do Plano Nacional de Saúde e os princípios da reforma dos CSP. Por conseguinte, considero que contribui para a valorização institucional do papel do EEEEC-ESCSP na continuidade de cuidados.

Assim, é fundamental investir no reforço da qualificação dos profissionais, na definição de boas práticas e na consolidação de redes de cuidados domiciliários articuladas e sustentáveis. As visitas domiciliárias, quando bem estruturadas, representam uma estratégia eficaz para otimizar os resultados em saúde, reduzir desigualdades e assegurar um acompanhamento próximo e contínuo, essencial à qualidade dos cuidados no atual paradigma de saúde centrado na comunidade (Aboumatar et al., 2020).

É de salientar também a recolha e análise sistemática de dados em contexto de UCC, em articulação com a equipa de saúde pública, contribuíram para o fortalecimento da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, possibilitando a identificação precoce de fatores de risco, tendências emergentes e necessidades prioritárias de intervenção.

Como complemento a estas atividades, destaco ainda a participação nas reuniões semanais da ECCI, momentos de partilha e reflexão onde se discutiam os casos dos utentes acompanhados. Estas reuniões foram essenciais para compreender a importância da articulação interprofissional, da comunicação eficaz e da tomada de decisão ética e colaborativa, assegurando um cuidado integrado e de qualidade.

Estas vivências permitiram-me consolidar uma visão mais ampla e sistémica dos cuidados de enfermagem em saúde comunitária, reconhecendo o papel central do enfermeiro especialista na vigilância epidemiológica, na coordenação de cuidados e na promoção do bem-estar da população em todas as fases da vida.

Assim, posso afirmar que o estágio me proporcionou um espaço de crescimento pessoal e profissional, permitindo-me desenvolver de forma plena as competências previstas para o EEEEC-ESCSP. A experiência vivida na UCC de Anadia consolidou a minha capacidade de planear, intervir e avaliar projetos de saúde comunitária com base em evidência científica, participação ativa da comunidade e articulação com os recursos locais, contribuindo para uma prática clínica mais consciente, crítica e transformadora.

1.2. Caracterização da Unidade de Saúde Pública – Serviço Local de Águeda

O estágio decorreu também na Unidade de Saúde Pública - Serviço Local de Águeda (USP-SL de Águeda), pertencente à USP Baixo Vouga integrada na Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, sendo a entidade responsável pela coordenação e concretização das funções essenciais de saúde pública no respetivo território. A USP desempenha um papel estruturante na proteção, promoção e vigilância da saúde da população. Para tal, orienta a sua atuação por uma perspetiva populacional, intersetorial e sustentada na melhor evidência científica disponível.

A USP-SL de Águeda intervém no concelho de Águeda, território marcado por características demográficas heterogéneas, com expressivo envelhecimento populacional, presença significativa de instituições sociais, nomeadamente ERPI, e dinâmicas sociais que exigem respostas integradas e sustentáveis no domínio da saúde pública. Este enquadramento reforça a pertinência da intervenção do EEEC-ESCSP, profissional habilitado para identificar necessidades em saúde, planear estratégias de intervenção e articular respostas ajustadas aos determinantes sociais, ambientais e epidemiológicos que condicionam a saúde coletiva (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Em termos organizacionais, a USP-SL de Águeda desenvolve a sua atividade em estreita colaboração com a Autoridade de Saúde Local, com as Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados na Comunidade, autarquias, instituições do setor social e educativo, bem como outras entidades públicas. Esta articulação interinstitucional constitui um elemento central para a implementação de programas de saúde pública, para a vigilância epidemiológica, para a prevenção da doença e promoção da saúde e para a gestão de situações que representem risco para a comunidade.

A equipa multiprofissional integra médicos de saúde pública, EEEC-ESCSP, técnicos de saúde ambiental e outros profissionais, cujas competências complementares favorecem uma abordagem abrangente e integrada aos problemas identificados. O trabalho colaborativo, a comunicação eficaz e a partilha de responsabilidades assumem-se como pilares da prática desenvolvida, potenciando intervenções mais adequadas e eficazes face às necessidades locais.

1.2.1. Contexto do estágio

Entre as principais áreas de intervenção destacam-se a vigilância epidemiológica e ambiental, a execução do Programa Nacional de Vacinação, a saúde escolar, a saúde ambiental e ocupacional, a prevenção e controlo de infeções, a fiscalização sanitária de estabelecimentos e a participação em programas locais e nacionais de saúde. Estas áreas encontram-se em conformidade com os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde e com as orientações normativas da Direção-Geral da Saúde (DGS), o que estabelece contextos privilegiados para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista.

Este contexto de estágio configurou-se particularmente enriquecedor para o desenvolvimento e subsequente consolidação de competências especializadas, uma vez que me colocou em contacto direto com as problemáticas reais de saúde pública e impôs uma atuação fundamentada, ética e sustentada na tomada de decisão em cenários de elevada complexidade. A integração na USP-SL de Águeda permitiu, por conseguinte, aprofundar a compreensão da intervenção do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na proteção da saúde coletiva, na atenuação de riscos e na promoção de comunidades mais saudáveis, resilientes e informadas.

No estágio na USP-SL Águeda, foi crucial conhecer a população abrangida pela Unidade, para isso foi desenvolvida pesquisa, por forma a levantar e analisar os indicadores de saúde, nomeadamente indicadores demográficos e epidemiológicos da população do concelho. Foram analisados dados relativos à estrutura etária, principais causas de morbilidade e mortalidade, bem como programas e projetos de saúde pública em desenvolvimento, permitindo identificar necessidades e prioridades de intervenção de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde.

No âmbito da Saúde Escolar, para além do já descrito, participei ainda ativamente em diversos projetos desenvolvidos pela USP-SL de Águeda, enquanto unidade integrante da Equipa Local de Saúde Escolar, contribuindo para a concretização de intervenções sustentadas na metodologia do planeamento em saúde e orientadas para as necessidades reais da comunidade educativa.

A minha intervenção integrou projetos como o “Sorri Dente”, “Bem comer. Mexer, Escovar, só custa começar”, “Na medida certa” e “+Contigo”, com abordagem de aspetos tão importantes como a alimentação saudável, promoção da saúde oral, saúde mental,

educação para os afetos e sexualidade, dirigidas a crianças e jovens em diferentes níveis de ensino. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências na avaliação das necessidades em saúde, no planeamento e implementação de intervenções educativas e na promoção da literacia em saúde, promovendo comportamentos saudáveis, competências socioemocionais e a capacitação dos alunos para a tomada de decisões informadas ao longo do seu ciclo de vida.

A adolescência é uma fase distinta e dinâmica do desenvolvimento, marcada por profundas transformações biológicas, emocionais e sociais. Durante este período, as alterações hormonais e a maturação contínua do cérebro, especialmente em regiões envolvidas na regulação emocional e na cognição social, interagem com uma maior sensibilidade ao *feedback* social, criando simultaneamente oportunidades de crescimento e maior vulnerabilidade (Ramos et al., 2024). Muitas perturbações psiquiátricas, incluindo depressão, ansiedade e perturbações do comportamento alimentar, surgem pela primeira vez na adolescência, sendo frequentemente influenciadas pela forma como os jovens gerem o stresse e lidam com os seus contextos sociais em mudança (Ramos et al., 2024).

De acordo com a OMS (2025), aproximadamente um em cada sete adolescentes entre os 10 e os 19 anos apresenta uma perturbação de saúde mental, representando 15% da carga global de doença neste grupo etário. Evidências revelam que muitos adolescentes referem ter experienciado ou acreditar ter experienciado um problema de saúde mental no último ano. No entanto, mais de um terço não fala com ninguém sobre o assunto e mais de metade não procura ajuda, o que evidencia o estigma persistente em torno da saúde mental na adolescência (Ramos et al., 2024). No mesmo estudo e curiosamente, os adolescentes também identificaram vários fatores internos e externos que apoiam o seu bem-estar, incluindo sono saudável (74,9%), atividade física (62,3%) e alimentação equilibrada (50,6%), bem como relações familiares fortes (82,6%) e apoio dos pares (82%) (Ramos et al., 2024).

Neste contexto, tem vindo a crescer o reconhecimento do papel que os fatores de estilo de vida, particularmente a alimentação, a atividade física e o sono, desempenham na prevenção e no tratamento das perturbações de saúde mental nos jovens. Estes fatores parecem influenciar a saúde mental através de mecanismos neurobiológicos e psicossociais, sublinhando a importância de os avaliar e otimizar na prática clínica (Wong et al., 2024). Apesar da crescente consciencialização sobre os seus benefícios, muitos adolescentes não cumprem as recomendações relativas ao estilo de vida, frequentemente devido a sofrimento emocional, baixa motivação ou apoio limitado, o que reforça a necessidade de intervenções acessíveis e integradas (Wong et al., 2024). Evidência

proveniente de programas de saúde escolar e dirigidos a adolescentes apoia a inclusão de psicoeducação, imagem corporal, gestão do stresse e comportamentos promotores de saúde como componentes-chave do bem-estar na adolescência (Zhao et al., 2025).

Entre os fatores de estilo de vida, a alimentação tem recebido especial atenção. Padrões alimentares saudáveis e nutrientes específicos, como os ácidos gordos ómega-3, a vitamina D e o aumento do consumo de frutas e hortícolas, têm sido consistentemente associados a uma redução dos sintomas de depressão e ansiedade, a uma melhoria do funcionamento emocional e a maior resiliência (Głąbska et al., 2020). Em contraste, uma alimentação de baixa qualidade (isto é, rica em alimentos processados e bebidas açucaradas) está associada a maior sofrimento psicológico, nomeadamente depressão, e a menor bem-estar (Głąbska et al., 2020). Outras evidências, como Mancone et al. (2024), já observaram estas associações, apelando simultaneamente a abordagens metodológicas mais rigorosas que considerem fatores de confusão como o estatuto socioeconómico. Adolescentes com maiores competências culinárias tendem também a relatar melhores hábitos alimentares, maior bem-estar emocional e ligações familiares mais fortes, a sugerir que os comportamentos relacionados com a alimentação podem funcionar como ferramentas psicológicas e relacionais (Mancone et al., 2024).

Ao adotar uma perspetiva salutogénica, o Enfermeiro Especialista contribui para este campo ao avaliar de que forma a perceção de alimentação saudável atua não de forma isolada, mas através de recursos intrapessoais (gestão do stresse) e interpessoais (apoio dos pares). Esta abordagem deve assentar sempre num modelo holístico e oferecer novos contributos com implicações diretas para a promoção da saúde em contexto escolar.

Para além das intervenções dirigidas aos alunos, no estágio em USP-SL de Águeda participei igualmente em duas ações de formação destinadas ao pessoal docente e não docente da comunidade escolar, com enfoque na diabetes *mellitus*, enquadradas na capacitação de grupos e comunidades. Estas sessões incidiram sobre a identificação precoce de sinais e sintomas, monitorização, cálculo dos equivalentes, administração de insulina, com prática simulada, com os diferentes dispositivos, atuação em situações de hipoglicemia e hiperglicemia, medidas preventivas e a criação de um ambiente escolar seguro e inclusivo para crianças e jovens com esta doença crónica. Esta experiência reforçou o papel do enfermeiro especialista enquanto agente formador, educador e facilitador de processos de capacitação comunitária, conforme preconizado pela OE. Segundo a International Diabetes Federation (IDF, 2025), o número de adultos entre os 20 e os 79 anos com diabetes em Portugal aumentou de 397,0 mil em 2000 para 1,0 milhão em

2011 e 1,1 milhão em 2024, prevendo-se que em 2050 o valor seja de 1,0 milhão. Portugal é um dos 60 países e territórios que integram a Região Europa da IDF e apresenta a quarta maior prevalência de diabetes (20-79 anos) nesta região.

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais frequentes na população pediátrica. Resulta da destruição autoimune das células beta do pâncreas responsáveis pela produção de insulina, originando um défice desta hormona essencial à regulação da glicemia. A abordagem terapêutica na criança com DM1 deve centrar-se na manutenção de um controlo glicémico adequado, procurando um equilíbrio entre a prevenção de episódios de hipoglicemia e a redução das complicações a longo prazo associadas à hiperglicemia persistente. Uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos da doença, aliada a uma monitorização eficaz da glicemia, permite diminuir a morbilidade relacionada com a DM1. Em todo o processo, a criança e a sua família assumem um papel fundamental na gestão diária, no controlo metabólico e na adaptação à doença, sendo esta uma área de intervenção do Enfermeiro Especialista em contexto escolar (Martins & Oliveira, 2023).

É importante transmitir que as crianças e adolescentes com DM1 podem ter uma boa qualidade de vida desde que cumpram corretamente a terapêutica. O tratamento implica ajustar a dose de insulina à ingestão de hidratos de carbono e realizar monitorização frequente da glicemia. A adesão é fundamental para garantir um controlo metabólico adequado e prevenir complicações agudas e crónicas (Martins & Oliveira, 2023). Um controlo deficiente pode comprometer o desenvolvimento infantil e originar episódios graves de hipo ou hiperglicemia, por vezes com necessidade de internamento. A longo prazo, destacam-se complicações como neuropatia, retinopatia, nefropatia e doença cardiovascular (Martins & Oliveira, 2023).

No âmbito da intervenção realizada em contexto escolar, foram abordados os fatores que podem dificultar o controlo glicémico durante o crescimento, nomeadamente as alterações hormonais, os desafios psicossociais, os padrões irregulares de alimentação e atividade física e a maior suscetibilidade a infeções. Foram explicados os efeitos da alimentação, das infeções e do exercício físico nos níveis de glicemia, reforçando que uma alimentação inadequada e os estados infecciosos tendem a aumentá-la, enquanto a atividade física contribui para a sua diminuição. A intervenção incluiu ainda a promoção de hábitos alimentares equilibrados, a importância da criação de rotinas consistentes e a necessidade de planear a prática de exercício físico de forma segura, salientando a avaliação prévia da glicemia, o ajuste da insulina, a ingestão alimentar adequada e a hidratação. Foi igualmente

dada atenção ao impacto psicológico e social associado à gestão diária desta doença crónica, sensibilizando para a importância da adesão terapêutica e do apoio de uma equipa multidisciplinar, envolvimento da família, profissionais de saúde e comunidade escolar, como elemento fundamental para um melhor controlo e adaptação à doença.

O envolvimento nestes projetos possibilitou-me consolidar competências ao nível da intervenção na saúde pública, potencializar o trabalho em rede e intersectorial, promover a comunicação eficaz com diferentes públicos-alvo e avaliar o impacto das intervenções em saúde, evidenciando a importância de uma prática de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde. Esta experiência contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da minha identidade enquanto futura Enfermeira Especialista.

Analogamente, no estágio em USP-SL de Águeda intervi ao nível da vacinação, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV). A vacinação constitui uma das maiores conquistas da saúde pública, tendo sido responsável pela erradicação ou controlo de inúmeras doenças graves. Em Portugal, o PNV é um exemplo de eficácia e equidade, garantindo uma elevada cobertura vacinal ao longo do tempo. Contudo, este sucesso não pode ser encarado como garantido. Persistem assimetrias geográficas e grupos populacionais com menor adesão, muitas vezes associadas a fatores socioeconómicos, culturais ou de mobilidade, que representam riscos acrescidos para a saúde coletiva.

A crescente mobilidade populacional, bem como o aumento dos movimentos antivacinação e da desinformação disseminada nas redes sociais, constituem desafios adicionais à saúde pública. Neste contexto, torna-se essencial reforçar a comunicação clara, baseada em evidência científica, e promover o diálogo próximo com a população. Em Portugal, a vacinação no âmbito do PNV é universal, gratuita e acessível a todas as pessoas presentes no território nacional, independentemente da nacionalidade ou situação administrativa, promovendo não só a proteção individual, mas também a imunidade de grupo.

Neste âmbito, dou especial relevo à vacinação com BCG em grupos de risco, nomeadamente crianças com menos de seis anos que cumpram os critérios definidos na Norma da DGS n.º 006/2016 (atualizada a 24/03/2023). Neste âmbito, a USP-SL de Águeda desempenha um papel fundamental na referenciação e acompanhamento destes casos, articulando com os cuidados de saúde primários para garantir a administração da vacina sempre que necessário.

Foi também possível perceber o papel determinante do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública na organização e logística da vacinação noutras faixas etárias e em grupos vulneráveis, nomeadamente na participação ativa na campanha de vacinação sazonal da gripe e da COVID-19 2025/2026 em ERPI e estruturas similares e junto dos Bombeiros. No concelho de Águeda, foi assegurada uma cobertura vacinal de 100% nas estruturas identificadas, o que evidencia o impacto positivo desta intervenção. Esta experiência reforçou as minhas competências técnicas no âmbito da imunização e sustentou a relevância da comunicação clara e fundamentada com os utentes, da promoção da literacia em saúde e do combate à hesitação vacinal. Assim, consolidei o meu papel enquanto Enfermeira Especialista comprometida com a prevenção da doença, a equidade no acesso à vacinação e a proteção sustentada da saúde coletiva.

Uma experiência particularmente marcante foi a participação na Consulta do Viajante, no Centro Internacional de Vacinação de Aveiro, onde integrei a equipa da minha orientadora. Foram realizadas cerca de 11 consultas a utentes que pretendiam viajar para destinos fora da Europa, América do Norte e Oceânia. Nesta consulta, o enfermeiro especialista assume um papel essencial, centrado na educação para a saúde, na prevenção da doença e na promoção de comportamentos seguros em contexto de mobilidade internacional. Através de uma abordagem holística e personalizada, o enfermeiro avalia o estado de saúde do viajante, identifica fatores de risco associados ao destino e procede à atualização do estado vacinal, bem como à administração de vacinas recomendadas e ao aconselhamento preventivo.

Para além da vertente técnica, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na sensibilização para medidas de proteção relacionadas com a alimentação, ingestão de água segura, uso de repelentes, proteção solar, práticas sexuais seguras e prevenção de doenças transmitidas por vetores. O enfermeiro de saúde comunitária integra ainda a vigilância epidemiológica, uma vez que colabora na monitorização de casos suspeitos no regresso, na deteção precoce de doenças importadas e na notificação de situações de risco, contribuindo para a saúde pública global. A sua atuação insere-se numa lógica de prevenção primária e proteção da saúde, sendo um elo de ligação entre os serviços de saúde, os viajantes e as comunidades de origem e destino.

Outro momento particularmente marcante do meu percurso formativo em USP-SL de Águeda foi a participação nas inspeções realizadas no âmbito do Programa de Vigilância Sanitária em Estabelecimentos de Apoio Social (PVSEAS), bem como em visitas a diferentes espaços comunitários. Estas experiências permitiram-me sair do contexto clínico

tradicional e aproximar-me da realidade quotidiana vivida por muitas pessoas em instituições como ERPI, Centros de Dia, Creches e Jardins de Infância do concelho de Águeda.

Ainda no âmbito do estágio em USP-SL de Águeda, integrei as Consultas Respiratórias de Comunidade (CRC) da ULS Baixo Vouga, estruturas que vieram substituir os antigos Centros de Diagnóstico Pulmonar (CDP), com especial enfoque na abordagem à tuberculose. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo-me aprofundar a compreensão do papel estratégico do enfermeiro de saúde pública na vigilância epidemiológica, prevenção e controlo das doenças respiratórias transmissíveis.

As CRC assumem-se como unidades de referência no diagnóstico, acompanhamento e monitorização de casos suspeitos ou confirmados de tuberculose, enquadradas numa perspetiva de saúde pública orientada para a interrupção das cadeias de transmissão e proteção da comunidade. Neste contexto, o enfermeiro de saúde pública desempenha um papel central na gestão do circuito assistencial do utente, assegurando a correta aplicação das medidas de controlo de infeção, o cumprimento das orientações clínicas e a articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados.

Para além da dimensão técnico-assistencial, destaca-se a vertente educativa da intervenção de enfermagem. A educação para a saúde constitui um eixo fundamental, nomeadamente através do esclarecimento sobre os mecanismos de transmissão da tuberculose, a importância da adesão rigorosa ao tratamento, os cuidados preventivos e o reconhecimento precoce de sinais de alerta. É igualmente assegurado o acompanhamento sistemático dos contactos e a articulação com outros serviços de saúde e estruturas comunitárias, reforçando a abordagem integrada e multidisciplinar.

Esta vivência permitiu-me reconhecer o enfermeiro de saúde pública como elemento-chave na interface entre os serviços de saúde e a comunidade, assumindo-se como agente ativo na proteção da saúde coletiva e no controlo das doenças respiratórias, com particular destaque para a tuberculose.

No âmbito prático, tive ainda a oportunidade de realizar a leitura e interpretação da prova tuberculínica (teste de Mantoux), procedendo à medição rigorosa do diâmetro da induração e à sua classificação de acordo com os critérios de risco individuais e as orientações clínicas em vigor. Esta experiência reforçou a importância da precisão técnica e da correta interpretação dos resultados no rastreio e vigilância da tuberculose, evidenciando o impacto direto de uma avaliação rigorosa na tomada de decisão clínica e no encaminhamento adequado do utente.

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida predominantemente por via aérea, através da inalação de aerossóis expelidos por indivíduos com tuberculose pulmonar ativa (DGS, 2021, 2022). Continua a representar um relevante problema de saúde pública e uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Em Portugal, a taxa de incidência tem vindo a diminuir, situando-se atualmente abaixo dos 20 casos por 100 000 habitantes, refletindo os esforços sustentados de vigilância e controlo (DGS, 2022).

A abordagem da tuberculose assenta numa perspetiva integrada que visa simultaneamente o benefício individual, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado, e a proteção coletiva, mediante a interrupção das cadeias de transmissão (DGS, 2021, 2022).

As CRC constituem unidades especializadas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes com tuberculose ativa e infeção latente por tuberculose, desempenhando um papel fundamental na vigilância epidemiológica e no controlo da doença (Serviço Nacional de Saúde 24, 2023). No âmbito da sua intervenção, é realizado o rastreio sistemático de infeção em grupos considerados de maior risco, nomeadamente indivíduos imunodeprimidos ou candidatos a terapêutica imunossupressora, pessoas oriundas de países com elevada incidência de tuberculose e crianças com indicação para administração da vacina BCG. Para além disso, as CRC asseguram o acompanhamento de doentes com infeção por micobactérias não tuberculosas e de situações de tuberculose multirresistente, em articulação com unidades de referência (CRC-A), garantindo uma abordagem diferenciada e especializada (Serviço Nacional de Saúde 24, 2023).

Estas experiências permitiram-me consolidar competências de gestão dos cuidados, adaptando estratégias às realidades do terreno, assegurar a articulação com a equipa de saúde e contribuir para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados em contexto comunitário.

De igual modo, ao longo do estágio na USP-SL de Águeda, tive a oportunidade de participar ativamente em várias atividades estruturantes da prática em saúde pública. Destaco, em primeiro lugar, o contacto com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), um instrumento essencial para a monitorização de doenças transmissíveis com potencial risco para a saúde pública. Durante o período de estágio, tive a oportunidade de acompanhar um caso de tuberculose, situação que me permitiu compreender, de forma prática, os procedimentos a adotar em caso de notificação, validação de casos, realização de inquéritos epidemiológicos e ambientais, rastreio de

contactos e associação de casos ou surtos. Esta aprendizagem revelou-se fundamental para compreender o papel da vigilância epidemiológica na deteção precoce de surtos, no controlo da transmissão de doenças e no apoio à tomada de decisões baseadas em evidência. Em 2023, foram comunicadas através do SINAVE, 522 notificações na região de Aveiro, o que reforça a relevância deste sistema na proteção da saúde da população.

Foi também desenvolvido o Projeto de Intervenção Comunitária, “*Inverno Seguro na ERPI*”, tendo sido apresentada, uma primeira sessão na Santa Casa da Misericórdia de Águeda, o que constituiu uma oportunidade de mobilização integrada de competências específicas do EEEC-ESCSP, particularmente nos domínios do diagnóstico de necessidades, planeamento estratégico, implementação e avaliação de intervenções dirigidas a populações vulneráveis.

A intervenção foi estruturada com base numa análise prévia do contexto institucional e das vulnerabilidades associadas ao período sazonal de inverno, integrando uma sessão de educação para a saúde dirigida aos profissionais da ERPI. Esta sessão incidiu na prevenção de riscos típicos desta época, nomeadamente infeções respiratórias, agravamento de patologias crónicas, promovendo práticas preventivas adequadas ao ambiente institucional. Como estratégia pedagógica complementar, foi dinamizado um *quiz* interativo de carácter reflexivo e avaliativo, que permitiu consolidar conhecimentos, fomentar a participação ativa e avaliar, de forma formativa, a aquisição de aprendizagens.

Todas as experiências vivenciadas, diversificadas e complementares, proporcionaram-me uma visão mais integrada da prática em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, permitindo-me articular a teoria com a prática, adaptar intervenções às necessidades específicas de cada grupo populacional e desenvolver uma atuação mais crítica, autónoma e centrada nas pessoas e comunidades que acompanhei.

Seguidamente, apresenta-se a Componente de Investigação intitulada “*Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção*”, desenvolvida em contexto de prática clínica na UCC de Anadia. Esta atividade surgiu da identificação de necessidades específicas da comunidade, no âmbito da metodologia do Planeamento em Saúde, e integrou-se numa perspetiva de promoção da saúde ocupacional, valorização profissional e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas.

2. Componente de Investigação – Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção

2.1. Introdução

Os cuidadores formais são profissionais qualificados que prestam cuidados remunerados a pessoas com diferentes níveis de dependência. Possuem formação académica ou profissional específica e exercem funções estruturadas dentro de organizações com hierarquias e horários definidos (Melo, 2022). O seu trabalho abrange uma ampla variedade de tarefas, desde o apoio nas atividades básicas de vida diária até à execução de cuidados mais especializados, ajustando-se ao contexto institucional. A autora destaca ainda que a evolução demográfica e o aumento das doenças crónicas têm contribuído para uma mudança no paradigma dos cuidados, passando de uma perspetiva centrada na cura para uma abordagem mais ampla e humanizada, que valoriza igualmente as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa cuidada. Este enquadramento tem reforçado a importância de uma assistência holística, na qual o cuidador procura compreender e responder de forma integral às necessidades e ao bem-estar do indivíduo (Melo, 2022).

Com o aumento da população idosa, a procura por ERPI cresceu significativamente. Os idosos residentes nessas instituições tendem a ser mais velhos e a apresentar maior dependência de cuidados do que aqueles que permanecem na comunidade. Os cuidadores formais que trabalham em ERPI enfrentam uma sobrecarga de trabalho elevada e cuidam de residentes com necessidades de saúde complexas.

As ERPI são reconhecidas como cruciais para enfrentar os desafios do envelhecimento da população e promover um envelhecimento saudável (WHO, 2017, 2024). Em Portugal, como noutros países, o cuidado dos idosos tem sido tradicionalmente responsabilidade dos membros da família, enraizado no princípio cultural de longa data da piedade filial (Zang, 2022; Zhang et al., 2024). No entanto, a constrição das estruturas

familiares e a imigração dos filhos, quer para o exterior, quer interurbana, reduziram a disponibilidade de cuidados informais. Em resposta, as ERPI têm como objetivo proporcionar cuidados permanentes adequados às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas, promover o envelhecimento ativo, combater o isolamento social e garantir um ambiente seguro e humanizado (Portugal, 2023, Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro).

A crescente procura destas instituições e as contínuas mudanças demográficas têm exercido uma pressão, sem precedentes, sobre os sistemas de saúde e sobre as estruturas socioeconómicas, bem como sobre os cuidadores formais que nelas exercem funções. Esta é uma área com escassez de recursos humanos e, por consequência, que tem conduzido inevitavelmente a níveis elevados de *burnout* (OCDE, 2025).

O *burnout* entre os trabalhadores, no caso concreto dos cuidadores formais a exercer funções em ERPI, é cada vez mais reconhecido como uma questão importante de saúde pública. Estes profissionais encontram-se particularmente expostos ao risco de *burnout* devido a cargas de trabalho persistentes e intensivas, inclusive, ajudar os idosos nas atividades de vida diária e até prestar cuidados no fim de vida (De Lisser et al., 2024; Miller & Rasmussen, 2024; Liu et al., 2025). Estudos recentes revelam que mais de metade destes profissionais experienciam *burnout* e mais de 70% enfrentam níveis moderados a elevados de exaustão emocional (72,19%) e despersonalização (83,56%) (Tan & Chao, 2026). Além disso, o *burnout* está associado a vários impactos negativos, incluindo elevadas taxas de rotatividade, deterioração da saúde física e mental, redução da satisfação com a vida e comprometimento da qualidade dos cuidados prestados, afetando, em última análise, a saúde dos idosos (Chen & Meier, 2021; Tan & Chao, 2026).

Apesar da urgência do problema, são escassos os estudos do *burnout* entre os cuidadores formais de ERPI. Reconhecendo-se a importância da atuação do EEEEC-ESCSP, enquanto profissional com competências especializadas na identificação de necessidades, planeamento e implementação de intervenções que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade, considera-se justificar a realização deste estudo. O mesmo visa analisar a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões do *burnout* dos cuidadores formais que exercem funções em ERPI do concelho de Anadia, tendo sido esta uma prioridade identificada pela própria equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Anadia sendo discutida em sede de reunião.

Assim, para o presente estudo delineou-se, como objetivo geral, analisar a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões do *burnout* em cuidadores

formais a desempenhar funções em ERPI do concelho de Anadia. Para dar resposta a este objetivo, foram definidos como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais em ERPI do concelho de Anadia;
- Identificar as necessidades formativas autopercebidas pelos cuidadores formais em diferentes áreas do cuidar, nomeadamente cuidados básicos, gestão de comportamentos, comunicação e cuidados paliativos;
- Avaliar os níveis de burnout nos cuidadores formais, considerando as dimensões de burnout pessoal, burnout relacionado com o trabalho e burnout relacionado com o cliente;
- Avaliar a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões de burnout;
- Explorar a influência de variáveis sociodemográficas (idade, género e escolaridade) e profissionais (anos de experiência, tipo de contrato e carga horária) na perceção de necessidades formativas e nas dimensões de burnout.

2.2. Estado da arte

A síndrome de *burnout* (doravante designada *burnout*) é um estado de exaustão emocional, fadiga física e desgaste cognitivo causado por fatores de stresse laboral prolongados que não foram controlados ou resolvidos ao longo do tempo (Maslach et al., 2001). Pode também resultar de outros fatores persistentes de natureza pessoal e ambiental, como doença grave, dificuldades familiares ou outras formas de adversidade prolongada. O desenvolvimento do *burnout* resulta da interação entre fatores endógenos, relacionados com características individuais, e fatores exógenos associados ao contexto de trabalho (Maslach et al., 2001). Embora o *burnout* constitua um fenómeno distinto, existe alguma sobreposição com sintomas depressivos, sendo possível que os indivíduos com *burnout* clínico grave apresentem manifestações transitórias de depressão ou formas subclínicas de depressão. Por outro lado, as pessoas com *burnout* podem tornar-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão clínica (Toker et al., 2012).

A 11.^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) da OMS define *burnout* como uma síndrome resultante de stresse crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso e caracteriza-se por três dimensões principais: sentimentos de

esgotamento ou depleção de energia; aumento do distanciamento mental em relação ao trabalho, frequentemente acompanhado de atitudes de negativismo ou cinismo em relação às atividades profissionais; e redução da eficácia profissional. De acordo com esta definição, o *burnout* não é classificado como uma condição médica, sendo antes considerado um fenómeno ocupacional associado ao contexto de trabalho. Numa fase inicial, os sinais e sintomas do *burnout* tendem a ser subtis e a desenvolver-se gradualmente. Muitas pessoas afetadas percebem alterações negativas no seu funcionamento mental, emocional, cognitivo e físico, mas nem sempre reconhecem ou compreendem, numa fase inicial, a relação entre essas mudanças e o esgotamento progressivo dos seus recursos de energia física e psicológica (Bianchi et al., 2017).

Apesar de não ser considerado uma doença pela OMS, é importante excluir outras condições que também podem provocar sintomas de exaustão, como as perturbações de adaptação, depressão ou ansiedade. Neste contexto, evidências científicas (Smith et al., 2019; Suleiman-Martos et al., 2020) sugerem que o *burnout* persistente e clinicamente significativo pode estar associado a diversos problemas de saúde, incluindo a insónia, as doenças cardiovasculares e as alterações metabólicas, como os níveis elevados de triglicéridos, lipoproteínas de baixa densidade, colesterol total e glicose em jejum. É igualmente importante distinguir o *burnout* com sintomas ligeiros, que não interferem significativamente com o desempenho profissional nem levam a pessoa a procurar ajuda especializada, e as formas mais graves e incapacitantes, designadas de *burnout* clínico. Nestes casos mais severos, os sintomas podem impedir o indivíduo de continuar a trabalhar e conduzir à procura de apoio profissional (Suleiman-Martos et al., 2020). Atualmente, o *burnout* constitui uma preocupação relevante para a saúde pública, uma vez que existem evidências do aumento do número de trabalhadores que recorrem a baixas médicas prolongadas ou que se reformam precocemente devido ao *burnout* não resolvido (Wang et al., 2024).

O *burnout* manifesta-se como um estado psicológico de desgaste, caracterizado por sentimentos persistentes de cansaço, distanciamento afetivo em relação aos utentes e uma perceção de ineficácia no desempenho profissional. Estas reações afetam diretamente o autoconceito do trabalhador e a sua abordagem à atividade profissional, conduzindo a uma perspetiva negativa do trabalho e, consequentemente, à deterioração da qualidade dos cuidados prestados (Maslach & Jackson, 1981; Bellanti et al., 2021). De forma semelhante, Bellanti et al. (2021) definem o *burnout* como uma resposta prolongada a stressores emocionais e relacionais no contexto laboral, sendo composto pelas mesmas três dimensões anteriormente referidas. Esta síndrome tem implicações sérias tanto na saúde

física e mental do trabalhador como ao nível socioeconómico, refletindo o impacto do stress crónico não gerido. Particularmente entre os profissionais de saúde, como os cuidadores formais, o *burnout* tem sido documentado, associado a contextos de trabalho dinâmicos, sobrecarregados e com fortes exigências relacionais, que favorecem o seu desenvolvimento (Sousa et al., 2024). Estas autoras destacam ainda que, de acordo com a literatura científica, o *burnout* corresponde a um estado de alteração fisiológica e psicológica face a exigências que ultrapassam as capacidades habituais de resposta da pessoa.

O *burnout* entre os cuidadores formais em ERPI é altamente prevalente (Mahara et al., 2024; Low et al., 2025). O *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) define o *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pela exposição prolongada a situações de trabalho exigentes a nível emocional (Fiorilli et al., 2015). O foco central do CBI é a fadiga e a exaustão. Este instrumento foi criado no âmbito do Projeto PUMA, com o objetivo de analisar a ocorrência, causas e consequências do *burnout*, após limitações identificadas no *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Fiorilli et al., 2015). O *burnout* é amplamente reconhecido como uma resposta ao stress ocupacional crónico, sendo descrito por Maslach e Jackson (1981) como uma síndrome composta por três dimensões principais: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Esta condição tende a emergir em profissões ligadas aos serviços humanos, especialmente quando os profissionais se encontram expostos a exigências emocionais prolongadas e intensas no seu ambiente de trabalho.

Assim, o *burnout* constitui uma condição multifacetada que compromete não só o bem-estar do profissional, mas também a eficácia dos cuidados prestados, tornando essencial a sua prevenção e gestão eficaz nos ambientes laborais, como as ERPI.

Sousa et al. (2024) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a sobrecarga e os fatores stressantes entre cuidadores formais de ERPI. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa, envolvendo 75 cuidadores formais. Os principais resultados indicaram que: a maioria dos cuidadores possuía entre 0 a 6 meses de experiência (41,3%); uma grande parte não tinha formação específica para cuidador de idosos (78,7%); apesar disso, a maioria não apresentou níveis elevados de *burnout*, quer pessoal, quer relacionado ao trabalho (77,3%), e apresentaram níveis baixos de *burnout* relacionado com o cliente (85,3%). A conclusão do estudo destaca a necessidade de implementar intervenções institucionais e de enfermagem, com o intuito de qualificar o processo de trabalho dos cuidadores, para promover melhorias na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Revisões sistemáticas (Costello et al., 2018; Yan et al., 2023) confirmam que o *burnout* é altamente prevalente entre trabalhadores de cuidados continuados, incluindo cuidadores formais em ERPI. Essas evidências mostram prevalências particularmente elevadas entre enfermeiros e auxiliares de geriatria, muitas vezes superiores às registadas em contextos hospitalares (Costello et al., 2018; Yan et al., 2023). Esta síndrome tem efeitos na retenção dos profissionais e na qualidade dos cuidados, estando associada a maior intenção de abandono, maior probabilidade de erros na comunicação sobre o estado dos residentes e menor satisfação dos residentes e famílias (Martínez-López et al., 2021). Ensaio clínico aleatorizado têm demonstrado a eficácia de intervenções que apostam no desenvolvimento de competências profissionais, como a gestão de conflitos, estratégias de comunicação e mapeamento das necessidades dos residentes, que se mostraram eficazes na redução do *burnout* (Mahara et al., 2024; Low et al., 2025). A investigação também evidencia que fatores como apoio da gestão, clarificação de papéis, estratégias de *coping* adaptativo e autoeficácia profissional estão fortemente associados a menores níveis de *burnout*.

Por outro lado, a literatura identifica múltiplos fatores de risco: sobrecarga de trabalho, pressões de tempo, falta de apoio entre colegas e supervisores, contacto diário com sofrimento, deterioração e morte dos residentes, violência por parte de utentes, entre outros. A estes fatores acresce a perceção de insuficiência formativa, baixa autoconfiança e dificuldade em lidar com a complexidade crescente dos cuidados (Mahara et al., 2024; Low et al., 2025). É fundamental valorizar as perspetivas dos cuidadores formais, incluindo as suas necessidades formativas autopercebidas, para compreender como vivem, explicam e procuram gerir o *burnout*. Uma abordagem co-construída com os profissionais pode permitir desenvolver intervenções mais realistas, eficazes e sustentáveis, que respondam melhor às exigências do trabalho em ERPI e promovam a saúde mental e o bem-estar destes cuidadores.

Geyskens et al. (2026) realizaram um estudo com uma amostra de 1416 cuidadores formais de 25 ERPI da Flandres, distribuídos da seguinte forma: auxiliares de ação direta (42,7%), enfermeiros (20,6%), pessoal de apoio (15%), profissionais de saúde aliados (15,6%) e chefias de equipa (6,0%). Os níveis de *burnout* foram avaliados através da versão curta do *Burnout Assessment Tool* (BAT-12). Para analisar as associações entre *burnout* e fatores organizacionais (incluindo características da instituição e do ambiente de trabalho) e fatores individuais (características dos profissionais e recursos pessoais), foram utilizados modelos lineares mistos. Verificou-se que 12,7% dos profissionais estavam em risco de *burnout* e 6,3% apresentavam elevada probabilidade de estar em situação de *burnout*,

perfazendo um total de 19,0%. Entre as características institucionais, níveis mais baixos de dotação de pessoal associaram-se significativamente a níveis mais elevados de *burnout* na análise não ajustada; contudo, este efeito perdeu significância após o ajustamento para outras variáveis. Relativamente ao ambiente de trabalho, o modelo multivariado demonstrou que maior clareza de funções e melhor utilização de competências se associaram a níveis mais baixos de *burnout*, enquanto maior carga emocional e interferência entre vida profissional e pessoal se relacionaram com níveis mais elevados. Quanto às características individuais, idade mais jovem, maior tempo de experiência profissional, taxas de emprego superiores a 50% e rotatividade entre turnos diurnos e noturnos associaram-se significativamente a níveis mais elevados de *burnout*. Verificou-se ainda que os auxiliares de ação direta apresentaram níveis superiores de *burnout* comparativamente a outros grupos profissionais. Por fim, recursos pessoais como autoeficácia, resiliência e otimismo revelaram-se fatores protetores face ao *burnout*. Os resultados evidenciam que o risco de *burnout* é prevalente entre profissionais que exercem funções em ERPI, estando associado a fatores do ambiente de trabalho e a características individuais. Estes achados reforçam a necessidade de implementar estratégias integradas que promovam melhorias nas condições laborais e reforcem os recursos pessoais dos profissionais, considerando as especificidades individuais, com vista à promoção do bem-estar e à prevenção do *burnout* nas ERPI (Geyskens et al., 2026).

O quadro dos cuidados de saúde em constante evolução tem vindo a evidenciar a necessidade de cuidados centrados na pessoa, um modelo que privilegia as necessidades, preferências e valores das pessoas na prestação de cuidados. Este modelo visa melhorar os resultados em saúde, promove uma parceria terapêutica entre a pessoa cuidada e os enfermeiros. As teorias de enfermagem têm desempenhado um papel fundamental na implementação e desenvolvimento dos cuidados centrados na pessoa, ao fornecerem enquadramentos que orientam a prática de enfermagem, melhoram a comunicação e asseguram que os cuidados prestados respondem às necessidades holísticas da pessoa/grupo/comunidade. Nos últimos anos, a integração das teorias de enfermagem nos modelos de cuidados centrados na pessoa tem ganho crescente relevância. Os princípios orientadores destas teorias contribuem para a definição das intervenções e para a melhoria global da qualidade dos cuidados (Taylor & Noë, 2021).

No âmbito deste trabalho, elegeu-se a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, que tem demonstrado contributos relevantes na compreensão da relação entre as exigências do cuidar e o equilíbrio físico e emocional do cuidador. Esta teoria enfatiza a importância da capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio, sendo que o défice de

autocuidado pode comprometer o bem-estar e a saúde. Em 1991, Orem conceptualizou o autocuidado no âmbito da sua Teoria do Déficit de Autocuidado em Enfermagem, definindo-o como o conjunto de atividades que o indivíduo realiza de forma intencional com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Este conceito assume uma ampla natureza, sem se restringir às atividades de vida diária, mas engloba diversas dimensões da experiência humana. A autora estruturou o seu modelo em três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que explica a forma como e por que razão os indivíduos cuidam de si; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que fundamenta a necessidade de intervenção de enfermagem quando a pessoa não consegue satisfazer as suas necessidades; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve as interações necessárias entre o enfermeiro e a pessoa para a prestação de cuidados (Orem, 2001). Esta considera o ser humano e o ambiente como elementos interdependentes, que se influenciam mutuamente. Fatores como as crenças, o contexto sociocultural, as características individuais e a relação estabelecida com os profissionais de saúde condicionam os comportamentos de autocuidado. Neste sentido, o autocuidado assume um papel essencial na redução de complicações, na melhoria do estado de saúde e na diminuição da necessidade de hospitalização (Orem, 2001). Defende ainda que os indivíduos possuem capacidade e potencial para desenvolver competências de autocuidado, sendo este um processo dinâmico que implica uma adaptação contínua às mudanças e transições ao longo da vida. Assim, o autocuidado depende da capacidade da pessoa em identificar as suas necessidades e implementar estratégias adequadas para lhes dar resposta (Orem, 2001). A capacidade de autocuidado é evidenciada quando o indivíduo consegue, de forma consciente, intencional e eficaz, realizar ações que visem a manutenção, a recuperação ou a promoção da sua saúde e bem-estar. Deste modo, o autocuidado constitui uma função reguladora fundamental, que pode ser exercida pela própria pessoa ou, quando necessário, com o apoio de terceiros, no caso os enfermeiros (Orem, 2001).

No contexto dos cuidadores formais em ERPI, a elevada exigência física e emocional associada à prestação de cuidados pode limitar a capacidade de autocuidado, ou seja, pode favorecer o desenvolvimento de situações de stresse e, em última instância, *burnout*. Assim, este modelo teórico serve de alicerce para o enfermeiro compreender o *burnout* como resultado do desequilíbrio entre as exigências do cuidar e a capacidade do cuidador formal para manter o seu próprio bem-estar.

2.3. Metodologia

De seguida apresenta-se a descrição dos procedimentos metodológicos, nomeadamente as etapas, métodos e instrumentos utilizados na recolha e análise dos dados, de forma a garantir rigor, coerência e validade científica ao processo de investigação desenvolvido.

2.3.1. Tipo de estudo

O presente estudo adota um desenho quantitativo, descritivo-correlacional e de natureza transversal. A abordagem quantitativa possibilita a recolha e análise de dados mensuráveis, a utilização de métodos estatísticos para identificar padrões, tendências e relações entre variáveis e contribui para uma análise objetiva do fenómeno em estudo (Vilelas, 2021; Coutinho, 2021). O estudo apresenta também um carácter descritivo, uma vez que procura caracterizar e descrever as variáveis e as características da população em análise, sem manipulação das mesmas, para compreensão da forma como o fenómeno se manifesta no contexto investigado (Vilelas, 2021). Assume uma dimensão correlacional, na medida em que pretende analisar possíveis associações entre variáveis, contribuindo para a compreensão das relações existentes entre diferentes fatores, sem, contudo, estabelecer relações de causalidade (Coutinho, 2021). Trata-se de um estudo transversal, dado que a recolha de dados foi realizada num único momento temporal, ou seja, permitiu verificar as necessidades formativas autopercebidas e os níveis de *burnout* em cuidadores formais a desempenhar funções em ERPI do concelho de Anadia. Este tipo de desenho é muito usado nas áreas das ciências sociais e da saúde, para analisar relações entre variáveis numa determinada população num momento específico (Vilelas, 2021; Coutinho, 2021).

2.3.2. População e Amostra

No presente estudo, recorreu-se a uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência, que teve por base os cuidadores formais a exercer funções em ERPI do concelho de Anadia. Inicialmente foram contactadas as nove ERPI existentes no concelho de Anadia, através de correio eletrónico institucional, com o objetivo de apresentar o estudo

e solicitar a sua colaboração. Das instituições contactadas, apenas três manifestaram disponibilidade e aceitaram participar no estudo, as quais integram a amostra institucional da investigação. Estas três ERPI apresentam, no seu conjunto, aproximadamente 73 cuidadores formais. No total, foram recolhidos 40 questionários válidos, correspondendo a uma taxa de resposta aproximada de 54,8% da população elegível. A amostragem integra os participantes que reuniram os critérios de inclusão e que se mostraram disponíveis e acessíveis para participar no estudo. A seleção dos cuidadores formais visou assegurar a pertinência e a profundidade da informação recolhida, de acordo com os objetivos do estudo. Para obtenção da amostra, delinearão-se os critérios de inclusão e de exclusão, nomeadamente:

Critérios de Inclusão:

- Cuidadores formais a exercer funções em ERPI no concelho de Anadia.
- Cuidadores com contrato de trabalho ativo (independentemente do tipo de contrato).
- Cuidadores com, pelo menos, 6 meses de experiência na função atual (para garantir alguma estabilidade e conhecimento da realidade do cuidado).
- Consentimento informado assinado para participação no estudo.

Critérios de Exclusão:

- Cuidadores informais (ex: familiares ou voluntários sem vínculo contratual).
- Profissionais em licença prolongada (ex: baixa médica, licença de maternidade/paternidade, etc.) durante o período de recolha de dados.
- Cuidadores com funções exclusivamente administrativas ou sem contacto direto e regular com os utentes.

2.3.3. Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com recurso a um questionário (ANEXO I), composto por três secções:

Caracterização sociodemográfica: que visa recolher dados pessoais e contextuais dos participantes, incluindo informações sobre: género, idade e estado civil; existência de filhos e outros dependentes ao seu cuidado; grau de escolaridade; área de residência (rural

ou urbana) e tempo de deslocação até ao local de trabalho; existência de doenças ou incapacidades;

Caracterização profissional e formação: nesta secção são recolhidos dados sobre o percurso e experiência profissional dos cuidadores, nomeadamente: categoria profissional e funções desempenhadas na instituição; tipo de contrato de trabalho e anos de serviço; carga horária semanal e regime de turnos; frequência de faltas ao trabalho e intenção de mudar de profissão; formação anterior em geriatria/gerontologia e formação contínua disponibilizada pela instituição; áreas específicas de formação (cuidados básicos, técnicas de mobilização, saúde mental, entre outras); avaliação da adequação e suficiência da formação para o desempenho das funções; hábito de procurar formação, ler/pesquisar temas da área e partilhar experiências com colegas. Este questionário tem como finalidade compreender melhor o perfil dos cuidadores formais de ERPI e identificar fatores que possam influenciar o seu bem-estar, desempenho profissional e exposição ao *burnout*.

A terceira secção, referente à variável dependente “*burnout*”, foi avaliada através do *Copenhagen Burnout Inventory* – versão portuguesa (CBI-PT), validado por Fonte (2011) para a população portuguesa. Este instrumento foi desenvolvido no âmbito do projeto PUMA (Projeto de Burnout, Motivação e Satisfação no Trabalho), com o objetivo de avaliar o *burnout* em profissionais dos serviços humanos (Kristensen et al., 2005, cit. por Fonte, 2011). O CBI-PT é composto por 19 itens distribuídos por três dimensões principais:

- *Burnout* pessoal: avalia o nível de exaustão física e psicológica, independentemente da ocupação profissional. Inclui seis questões;
- *Burnout* relacionado com o trabalho: avalia a fadiga percebida em consequência das exigências laborais. É constituído por sete questões;
- *Burnout* relacionado com o cliente: analisa a exaustão percebida associada ao contacto direto com os clientes sendo composto por seis questões.

A frequência das respostas é medida numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos, adaptada à natureza de cada item. Assim, algumas questões são respondidas em termos de frequência, variando entre ‘nunca/quase nunca’ e ‘sempre’, enquanto outras avaliam a intensidade ou grau percecionado, variando entre ‘muito pouco’ e ‘muito’. Cada resposta é posteriormente convertida numa pontuação padronizada (0, 25, 50, 75 e 100), sendo calculada a média dos itens correspondentes a cada dimensão, em que valores mais elevados traduzem níveis superiores de burnout. O questionário demonstrou elevada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach entre 0,83 e 0,93 para *burnout*

peçoal, entre 0,73 e 0,87 para *burnout* relacionado com o trabalho, e entre 0,76 e 0,91 para *burnout* relacionado com o cliente (Fonte, 2011). O estudo psicométrico realizado por Fonte (2011) confirmou a homogeneidade das três subescalas, revelando um instrumento fiável e adequado à realidade portuguesa. Os valores de alfa de Cronbach obtidos para o total das escalas foram: 0,845 (*burnout* pessoal), 0,866 (*burnout* trabalho) e 0,843 (*burnout* cliente), sustentando a validade e robustez do CBI-PT para avaliação do *burnout* entre cuidadores formais de ERPI.

Importa referir que a validação transcultural do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory – versão portuguesa (CBI-PT) foi realizada por Fonte (2011), cujo score varia entre 0 e 100, sendo obtido através da média dos itens de cada subescala, após conversão das respostas da escala de Likert em valores percentuais.

2.3.4. Procedimentos éticos

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV). O formulário para avaliação ética de estudos foi submetido a 21 de outubro de 2025, tendo o parecer favorável sido emitido a 30 de outubro de 2025 (Parecer n.º 47/SUB/2025, Anexo II)

Para a utilização deste instrumento no presente estudo, foi previamente solicitada a devida autorização ao autor, com aprovação formal no dia 30 de setembro de 2025 pelo autor (Anexo III).

A recolha, tratamento, armazenamento e destruição dos dados foi realizada em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento da União Europeia, 2016/679), assegurando os princípios da licitude, lealdade, transparência, limitação da finalidade, minimização dos dados, exatidão, limitação da conservação e integridade e confidencialidade. Nenhum dos participantes foi identificado, não sendo recolhida qualquer informação que permita a sua identificação direta (como nome, número de identificação civil ou profissional, endereço de e-mail, etc.). A informação recolhida será codificada e tratada de forma agregada, garantindo a anonimização dos dados.

Os questionários serão armazenados numa pasta segura na nuvem institucional da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com acesso exclusivo aos investigadores. Esta pasta estará protegida por autenticação forte (palavra-passe e autenticação de dois fatores) e respeitará as políticas institucionais de segurança de dados. Após o tratamento dos dados

para análise, o ficheiro será permanentemente eliminado e destruídos de forma definitiva após a conclusão da investigação e/ou publicação dos resultados. Em todas as fases do estudo foi garantida a confidencialidade e o sigilo profissional, não sendo em momento algum possível associar os dados recolhidos à identidade dos participantes.

A participação no estudo foi inteiramente voluntária, não havendo qualquer tipo de compensação, benefício direto ou penalização associada à participação ou recusa. Foi solicitado o consentimento livre, esclarecido e informado, através de um documento próprio, que deverá ser assinado antes do preenchimento do questionário. Por conseguinte, foram respeitados os princípios da autonomia, dignidade e autodeterminação dos participantes, em conformidade com a Declaração de Helsínquia e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

2.3.5. Procedimentos de colheita de dados

Numa fase prévia, o estudo e os seus objetivos foram apresentados, em sessão plenária, a todas as ERPI do Concelho de Anadia, tendo sido posteriormente realizado um convite formal, via correio eletrónico, a todas as instituições presentes convidando-as a integrar o estudo e a participar no preenchimento dos questionários.

Nas três ERPI do concelho de Anadia que aceitaram participar no estudo, foi entregue individualmente o consentimento informado e os questionários em envelope fechado. Antes do preenchimento do instrumento de colheita de dados, os participantes que aceitaram participar no estudo assinaram previamente o respetivo consentimento, sendo este colocado em envelope fechado e entregue posteriormente à equipa de investigação. Os questionários foram aplicados em suporte papel, garantindo a confidencialidade e o anonimato das respostas. A recolha dos questionários decorreu aproximadamente 40 dias após o início da sua distribuição, tendo todos os questionários sido recolhidos nesse período, bem como o consentimento informado de igual modo fechados em envelopes individuais. No total, foram recolhidos 40 questionários válidos.

Importa referir que todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, a relevância, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, bem como sobre os seus direitos, nomeadamente o direito à recusa e à desistência a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

2.3.6. Procedimentos para tratamento e análise de dados

O tratamento e a análise dos dados foram realizados com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0 para *Windows*. Inicialmente procedeu-se à análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever as variáveis em estudo, recorrendo a frequências, médias e medidas de dispersão. Depois, foi efetuada a análise estatística inferencial para avaliar possíveis diferenças entre grupos relativamente às dimensões da variável em estudo. Antes da aplicação dos testes inferenciais, foi avaliada a normalidade da distribuição dos dados através do teste de Shapiro-Wilk.

Conforme apresentado na Tabela 1, verificou-se que as dimensões *burnout pessoal* ($W=0,891$; $p=0,001$), *burnout relacionado com o trabalho* ($W=0,814$; $p<0,001$) e *burnout relacionado com o cliente* ($W=0,896$; $p=0,001$) apresentam valores de significância inferiores a 0,05. Estes resultados indicam que as distribuições das três dimensões da variável *burnout* se afastam da normalidade, rejeitando-se, assim, a hipótese de normalidade dos dados. Perante o incumprimento deste pressuposto estatístico, optou-se pela utilização de testes não paramétricos nas análises inferenciais subsequentes. Assim, foram aplicados o teste *U de Mann-Whitney* para a comparação entre dois grupos independentes e o Teste de *Kruskal-Wallis* para a comparação entre três ou mais grupos independentes (Marôco, 2018). O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

Tabela 1. Teste de normalidade da distribuição dos dados

Dimensões	Shapiro-Wilk	
	Estatísticas	p
Burnout Pessoal	0,891	0,001
Burnout <i>relacionado com o trabalho</i>	0,814	0,000
Burnout <i>relacionado com o cliente</i>	0,896	0,001

2.4. Resultados

Neste capítulo, procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos no estudo. Inicialmente é realizada uma análise descritiva dos dados, com o objetivo de caracterizar a amostra e identificar tendências gerais. Posteriormente apresenta-se a análise

inferencial, que permite analisar as relações entre as variáveis definidas no âmbito da investigação.

2.4.1. Análise descritiva

Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais

Os cuidadores formais apresentam uma idade média de 51,88 anos (Dp=10,13), com valores compreendidos entre os 25 e os 63 anos. Verifica-se que os do género masculino apresentam uma idade média mais elevada (M=57,00; Dp=5,61) comparativamente aos do género feminino (M=51,14; Dp=10,48) (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas relativas à idade dos cuidadores formais em função do género

Género		N	Min.	Max.	Média	Dp
	Masculino	5	48	63	57,00	5,61
	Feminino	35	25	63	51,14	10,48
	Total	40	25	63	51,88	10,14

O perfil sociodemográfico indica que os cuidadores formais são maioritariamente do género feminino (87,5%), com uma idade superior a 55 anos (52,5%), de nacionalidade portuguesa (92,5%), casados (50,0%) e possuem filhos (67,5%). Quanto ao nível de escolaridade são detentores do 3º ciclo do ensino básico (32,5%); 62,5% residem em meio rural e 45,0% demoram entre o local de residência e a instituição até 10 minutos. Prevaecem os cuidadores do género masculino (80,0%) com idade superior a 55 anos, enquanto nos cuidadores do género feminino sobressaem as que se encontram nas faixas etárias mais jovens (51,4% <55 anos vs. 20,0% masculino). Os homens residem maioritariamente em meio urbano (60,0%), enquanto as mulheres em meio rural (65,7%). Ao nível da escolaridade, os homens possuem, na sua maioria, o 3.º ciclo (60,0%), enquanto as mulheres apresentam uma distribuição mais heterogénea pelos diferentes níveis de ensino (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos cuidadores formais em função do género.

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N (5)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Idade							
	≤55 anos	1	20,0	18	51,4	19	47,5
	>55 anos	4	80,0	17	48,6	21	52,5
Nacionalidade							
	Portuguesa	5	100,0	32	91,4	37	92,5
	Brasileira	-	0,0	3	8,6	3	7,5
Estado civil							
	Solteiro	-	0,0	4	11,4	4	10,0
	Casado	2	40,0	18	51,4	20	50,0
	Divorciado/Separado	1	20,0	3	8,6	4	10,0
	Viúvo	1	20,0	5	14,3	6	15,0
	União de facto	1	20,0	5	14,3	6	15,0
Tem filhos							
	Não	2	40,0	11	31,4	13	32,5
	Sim	3	60,0	24	68,6	27	67,5
Escolaridade							
	Saber ler e escrever	1	20,0	6	17,1	7	17,5
	1º ciclo	-	0,0	5	14,3	5	12,5
	2º ciclo	-	0,0	4	11,4	4	10,0
	3º ciclo	3	60,0	10	28,6	13	32,5
	Curso T-P	1	20,0	4	11,4	5	12,5
	Bacharelato/Licenciatura	-	0,0	6	17,1	6	15,0
Residência							
	Rural	2	40,0	23	65,7	25	62,5
	Urbano	3	60,0	12	34,3	15	37,5
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0

A maioria dos cuidadores formais não possui doença ou incapacidade (85,0%), uma situação semelhante a ambos os géneros (homens 80,0% vs. mulheres 85,7%). Nos casos reportados, destacam-se as perturbações psicológicas (ansiedade e depressão), representando 50,0% dos casos identificados. Esta situação foi observada exclusivamente no género feminino, correspondendo a 60,0% das mulheres que referiram doença/incapacidade (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização do estado de saúde dos cuidadores formais

Variáveis	Gênero	Masculino		Feminino		Total	
		N (5)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Presença de doença/incapacidade							
	Não	4	80,0	30	85,7	34	85,0
	Sim	1	20,0	5	14,3	6	15,0
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0
Tipo de doença/incapacidade							
	Perturbações psicológicas (ansiedade e depressão)	-	-	3	60,0	3	50,0
	Alterações sensoriais (visão)	1	100,0	1	20,0	2	33,3
	Doença osteoarticular (artrite reumatóide)	-	-	1	20,0	1	16,7
Total		1	100,0	5	100,0	6	(100,0)

Quanto ao tempo de deslocação entre a residência e a instituição, verificou-se que, na amostra total, a maioria dos participantes demora até 10 minutos (45,0%), secundados pelos que demoram até 30 minutos (30,0%) e os que expuseram ser possível efetuar a deslocação a pé (25,0%). Destaca-se que a maioria dos homens demora até 10 minutos (80,0%), valor superior ao observado nas mulheres (40,0%). Nas mulheres, 31,4% demoram até 30 minutos e 28,6% referiram ser possível deslocarem-se a pé até à instituição (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização da acessibilidade residência-instituição dos cuidadores formais

Variáveis	Gênero	Masculino		Feminino		Total	
		N (5)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Tempo de deslocação residência-instituição							
	Possível ir a pé	-	-	10	28,6	10	25,0
	Até 10 min.	4	80,0	14	40,0	18	45,0
	Até 30 min.	1	20,0	11	31,4	12	30,0
Total		05	100,0	35	100,0	40	100,0

Caracterização profissional e formação

A amostra é maioritariamente constituída por técnicos auxiliares de saúde (auxiliares de ação direta), incluindo também três enfermeiras. As funções desempenhadas centram-se essencialmente no contacto direto com os utentes, nomeadamente nos cuidados de higiene, alimentação e mobilização, sendo igualmente referidas tarefas de limpeza. As enfermeiras desempenham funções específicas da área de enfermagem. Predomina o contrato de

trabalho sem termo (55,0%). Relativamente à experiência profissional, verifica-se maior representatividade de participantes com mais de 10 anos de serviço (45,0%), seguindo-se os intervalos entre 1 a 5 anos e 5 a 10 anos (ambos com 27,5%). No que respeita ao horário semanal, as 38 horas são as mais frequentes (55,0%), sendo também referido o regime de 37 horas. O trabalho por turnos é predominante (75,0%). A assiduidade apresenta valores elevados, com 90,0% dos participantes a referirem nunca ou raramente ter faltado no último ano. A maioria indica não pretender mudar de profissão (72,5%) nem exercer outra atividade profissional (82,5%). Relativamente à formação, observa-se que 52,5% dos participantes não frequentaram formação, sendo igualmente referido por 52,5% que a instituição não disponibilizou formação (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização profissional e formação dos cuidadores formais em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		N (5)	% (12,5)	N (35)	% (87,5)	N (40)	% (100,0)
Tipo de contrato	CTTC	2	40,0	12	34,3	14	35,0
	CTs/T	2	40,0	20	57,1	22	55,0
	CTTI	1	20,0	3	8,6	4	10,0
Anos de serviço	1 a 5 anos	2	40,0	9	25,7	11	27,5
	5 a 10 anos	-	0,0	11	31,4	11	27,5
	Mais de 10 anos	3	60,0	15	42,9	18	45,0
Horas semanais	37h	3	60,0	11	31,4	14	35,0
	38h	2	40,0	20	57,1	22	55,0
	40h	-	0,0	4	11,4	4	10,0
Turnos	Não	2	40,0	8	22,9	10	25,0
	Sim	3	60,0	27	77,1	30	75,0
Faltou último ano	Nunca/raramente	5	100,0	31	88,6	36	90,0
	Às vezes	-	0,0	4	11,4	4	10,0
Mudaria de profissão	Não	4	80,0	25	71,4	29	72,5
	Sim	1	20,0	10	28,6	11	27,5
Tem outra atividade	Não	5	100,0	28	80,0	33	82,5
	Sim	-	0,0	7	20,0	7	17,5
Realizou formação	Não	3	60,0	18	51,4	21	52,5
	Sim	2	40,0	17	48,6	19	47,5
Instituição disponibiliza formação	Não	3	60,0	18	51,4	21	52,5
	Sim	2	40,0	17	48,6	19	47,5

A análise da distribuição das áreas de formação evidencia uma concentração significativa em conteúdos de carácter mais técnico e operacional. Destaca-se a elevada frequência de formação em normas de higiene, saúde e segurança no trabalho (82,5%), seguida da higienização e conforto (62,5%) e das técnicas de mobilização, posicionamento e transferência (55,0%). Estes resultados sugerem uma forte aposta em competências práticas diretamente relacionadas com a prestação de cuidados no dia a dia. Por outro lado, áreas igualmente relevantes, como primeiros socorros (47,5%) e cuidados humanos básicos (37,5%), apresentam valores intermédios, indicando alguma cobertura formativa, embora não universal. Já temas essenciais para uma abordagem mais holística do cuidado, como saúde mental (10,0%), e processo de envelhecimento (10,0%), revelam uma expressão bastante reduzida ou inexistente. Salienta-se ainda a ausência total de formação em áreas como gestão terapêutica, necessidades de sono, sexualidade, animação e lazer e gestão emocional, o que poderá comprometer a qualidade dos cuidados prestados numa perspetiva integral e centrada na pessoa idosa (cf. Tabela 7)

Tabela 7. Áreas de formação que os inquiridos possuem

Áreas de formação	Frequência	
	N (40)	% (100,0)
Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho	33	82,5
Higienização e conforto	25	62,5
Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência	22	55,0
Primeiros socorros	19	47,5
Cuidados humanos básicos	15	37,5
Prevenção de úlceras de pressão	8	20,0
Nutrição e hidratação	8	20,0
Processo de envelhecimento	4	10,0
Cuidados específicos de saúde	4	10,0
Prevenção de risco e acidentes	4	10,0
Saúde mental	4	10,0
Morte	3	7,5

Necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar

A maioria dos cuidadores formais considera a formação adequada (70,0%) e refere a existência de troca de ideias e experiências (72,5%). Mais de metade indica ter o hábito de ler ou pesquisar (52,5%). Por outro lado, 55,0% dos participantes consideram que a formação não é suficiente. A procura ativa de formação é reduzida, referenciada por 75,0% dos participantes como inexistente (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Opinião dos cuidadores formais sobre a adequação da formação em função do género

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total	
		nº (05)	% (12,5)	nº (35)	% (87,5)	nº (40)	% (100,0)
Formação é adequada	Não	1	20,0%	11	31,4%	12	30,0%
	Sim	4	80,0%	24	68,6%	28	70,0%
Formação é suficiente	Não	2	40,0%	20	57,1%	22	55,0%
	Sim	3	60,0%	15	42,9%	18	45,0%
Procura formação	Não	5	100,0%	25	71,4%	30	75,0%
	Sim	0	0,0%	10	28,6%	10	25,0%
Costuma ler/pesquisar	Não	3	60,0%	16	45,7%	19	47,5%
	Sim	2	40,0%	19	54,3%	21	52,5%
Troca ideias/experiências	Não	2	40,0%	9	25,7%	11	27,5%
	Sim	3	60,0%	26	74,3%	29	72,5%

Com o objetivo de identificar as necessidades formativas autopercibidas pelos cuidadores formais em diferentes áreas do cuidar, foi incluída no questionário uma questão aberta que lhes permitia indicar as áreas em que sentem maior necessidade de formação. Os cuidadores puderam indicar mais do que uma área de necessidade de formação. A análise das respostas obtidas evidencia uma convergência das necessidades formativas em alguns domínios específicos (cf. Tabela 9). Entre as áreas mais referidas destaca-se a necessidade de formação em primeiros socorros, indicada por 45,0% dos participantes. Seguem-se a prevenção de úlceras de pressão/feridas (42,5%) e a gestão emocional (40,0%), evidenciando a importância atribuída tanto aos cuidados diretos de saúde como à gestão das exigências emocionais associadas ao trabalho com utentes dependentes. A prevenção de riscos e acidentes surge igualmente entre as áreas mais apontadas (37,5%), assim como a formação relacionada com a morte e os cuidados em fase terminal (35,0%). Estes resultados sugerem uma preocupação dos cuidadores formais em reforçar competências associadas a situações de maior vulnerabilidade e complexidade no cuidado.

De forma global, observa-se que as áreas mais referidas se centram sobretudo em competências clínicas básicas, prevenção de complicações e gestão emocional, evidenciando necessidades formativas diretamente relacionadas com a prática quotidiana dos cuidadores formais no contexto de prestação de cuidados.

Tabela 9. Necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar

Áreas de formação	N	%
Primeiros socorros	18	45,0
Prevenção de úlceras de pressão / feridas	17	42,5
Gestão emocional	16	40,0
Prevenção de riscos e acidentes	15	37,5
Morte (cuidados em fase terminal, luto)	14	35,0
Saúde mental	11	27,5
Nutrição e hidratação	10	25,0
Cuidados específicos de saúde	9	22,5
Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência	8	20,0
Cuidados humanos básicos	7	17,5
Processo de envelhecimento	6	15,0
Gestão terapêutica	6	15,0
Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho	5	12,5
Higienização e conforto	5	12,5
Necessidades de sono	4	10,0
Animação e lazer	4	10,0
Sexualidade	3	7,5
Outros	2	5,0

Avaliação do *burnout*

A avaliação do *burnout* foi realizada através do questionário CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*). Este instrumento integra 19 itens organizados em três dimensões principais: *burnout pessoal*, *burnout relacionado com o trabalho* e *burnout relacionado com o cliente*. Na tabela 8 apresentam-se as estatísticas descritivas relativas a estas três dimensões do *burnout* na amostra de cuidadores formais das três ERPI do conselho de Anadia em estudo.

O *burnout pessoal* apresenta valores entre 13 e 22, com média de 17,65 e desvio-padrão de 3,06, revelando uma dispersão moderada das respostas. Este resultado sugere níveis de desgaste individual presentes na amostra, ainda que com alguma consistência entre os participantes. Na dimensão do *burnout relacionado com o trabalho* registam-se valores entre 12 e 27, correspondendo à média mais elevada entre os três fatores (21,72) e ao maior desvio-padrão (5,59). Esta maior amplitude e variabilidade indicam que o contexto laboral constitui a dimensão onde o desgaste tende a manifestar-se de forma mais acentuada e diferenciada entre os cuidadores formais.

Por sua vez, o *burnout relacionado com o cliente* apresenta valores entre 16 e 25, com média de 20,78 e desvio-padrão de 3,02, evidenciando uma dispersão relativamente reduzida. Este resultado aponta para níveis de desgaste associados à interação com os utentes, embora com menor variabilidade entre os participantes.

Em síntese, a comparação dos valores médios indica maior expressão do *burnout* na dimensão associada ao trabalho, seguida da dimensão relacionada com o cliente e, por fim, do *burnout* pessoal, o que evidencia que o contexto profissional tende a assumir um papel central na experiência de desgaste dos cuidadores formais.

Tabela 10. Estatísticas relativas às dimensões do burnout

Dimensões do burnout	Min.	Max.	Média	dp
Burnout Pessoal (BP)	13	22	17,65	3,06
Burnout relacionado com o trabalho (BT)	12	27	21,72	5,59
Burnout relacionado com o cliente (BC)	16	25	20,78	3,02

2.4.2 Análise inferencial

Influência das variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade) e profissionais (anos de experiência, tipo de contrato, carga horária) nas dimensões de *burnout* dos cuidadores formais

Com o objetivo de analisar a influência das variáveis sociodemográficas (género e idade) nas dimensões de *burnout*, foram aplicados testes estatísticos não paramétricos, atendendo às características da amostra e das variáveis em estudo (cf. Tabela 11).

Para analisar a influência do género nas diferentes dimensões do *burnout* recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Tabela 10). A análise das ordenações médias indica valores mais elevados de *burnout relacionado com o trabalho* e de *burnout relacionado com o cliente* entre os cuidadores do género masculino, enquanto o *burnout pessoal* apresenta valores médios superiores entre as mulheres. Contudo, os resultados obtidos não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres em nenhuma das três dimensões analisadas.

A relação entre idade e as dimensões de *burnout* foi igualmente analisada através do teste U de Mann-Whitney (Tabela 9). A observação das ordenações médias sugere valores mais elevados de *burnout relacionado com o trabalho* e *burnout relacionado com o cliente* entre os cuidadores com idade superior a 55 anos, enquanto o *burnout pessoal* apresenta valores ligeiramente superiores entre os mais jovens. Ainda assim, a análise estatística não revelou diferenças significativas entre os grupos etários e as dimensões consideradas.

Tabela 11. Teste U Mann Whitney entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões de burnout

Variáveis	Dimensões	Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Cliente
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Gênero	Masculino	15,80	29,00	24,60
	Feminino	21,17	19,29	19,91
	UMW	64,000	45,000	67,000
	(p)	0,358	0,086	0,425
Idade	≤55 anos	21,38	17,21	18,44
	>55 anos	19,85	22,93	22,02
	UMW	186,000	127,000	136,000
	(p)	0,685	0,126	0,342

Para analisar a associação entre escolaridade e as dimensões de *burnout* foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 12). As ordenações médias indicam uma distribuição diferenciada dos níveis de *burnout* pelos vários níveis de escolaridade: no *burnout pessoal* destacam-se os participantes com bacharelato/licenciatura, no *burnout relacionado com o trabalho*, os participantes com 2.º ciclo e no *burnout relacionado com o cliente* os participantes com 3.º ciclo. A análise revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão *burnout relacionado com o cliente* ($p=0,033$), não se verificando diferenças significativas nas restantes dimensões.

Tabela 12. Teste de Kruskal-Wallis entre a escolaridade e as dimensões de burnout

Variáveis	Dimensões	Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Cliente
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Escolaridade	Sabe ler / escrever	19,63	22,38	17,38
	1º ciclo	18,57	22,57	23,43
	2º ciclo	15,25	23,75	13,25
	3º ciclo	21,68	23,05	28,59
	Curso T-P	21,57	11,86	17,86
	Bacharelato / Licenciatura	27,50	17,17	8,17
	χ^2	2,261	4,360	8,613
	(p)	0,793	0,329	0,033

Com o objetivo de analisar a influência das variáveis profissionais (tipo de contrato, anos de serviço e horas semanais de trabalho) nas dimensões de *burnout*, foram aplicados testes estatísticos não paramétricos (cf. Tabela 13).

A relação entre o tipo de contrato e as dimensões do *burnout* foi analisada através do teste de Kruskal-Wallis. A análise das ordenações médias indica valores mais elevados de *burnout* entre os participantes com contrato de trabalho a termo certo (CT Termo Certo) nas

três dimensões analisadas. A análise estatística revelou diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão *burnout relacionado com o cliente* ($p=0,007$), não se verificando diferenças significativas nas restantes dimensões.

No que se refere aos anos de serviço, também foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. As ordenações médias sugerem níveis mais elevados de *burnout pessoal* e *burnout relacionado com o cliente* entre os cuidadores com mais de 10 anos de serviço, enquanto o *burnout relacionado com o trabalho* apresenta valores de ordenação média superiores entre os participantes com 5 a 10 anos de experiência profissional. Contudo, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos de anos de serviço nas dimensões analisadas.

Relativamente às horas semanais de trabalho, os resultados das ordenações médias indicam níveis mais elevados de *burnout pessoal* e *burnout relacionado com o cliente* entre os cuidadores com horários de 37 horas semanais, enquanto o *burnout relacionado com o trabalho* apresenta valores mais elevados nos que realizam 40 horas semanais. Ainda assim, a análise estatística não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de horas semanais de trabalho nas diferentes dimensões do *burnout*.

De forma global, os resultados indicam que as variáveis profissionais analisadas apresentam uma influência limitada nos níveis de *burnout*, verificando-se associação estatisticamente significativa apenas entre o tipo de contrato e a *dimensão burnout relacionado com o cliente*.

Tabela 13. Teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis profissionais e as dimensões de burnout

Dimensões		Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Cliente
Variáveis		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Tipo de contrato	CT Termo Certo	23,89	24,25	27,61
	CT Sem Termo	20,52	18,57	15,52
	CT Termo Incerto	8,50	18,00	23,00
	χ^2	5,627	2,411	9,865
	(p)	0,060	0,300	0,007**
Anos de serviço	1 a 5 anos	16,82	14,09	19,73
	5 a 10 anos	17,36	23,00	19,73
	Mais de 10 anos	24,67	22,89	21,44
	χ^2	4,350	4,944	,225
	(p)	0,114	0,084	0,893
Horas semanais	37H/Semana	22,93	21,79	24,21
	38H/Semana	19,91	19,09	19,45
	40H/Semana	15,25	23,75	13,25
	χ^2	1,531	,865	3,302
	(p)	0,465	0,649	0,192

Relação entre as necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar e as dimensões do *burnout*

Tendo em conta que a questão relativa às necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar é de natureza qualitativa e permite resposta múltipla, as respostas não podem ser utilizadas diretamente numa análise de correlação com as dimensões do *burnout*. Por conseguinte, procedeu-se à criação de um indicador quantitativo correspondente às necessidades formativas identificadas por cada participante. Este indicador foi construído com base em respostas dicotómicas (1 “Não”; 2 “Sim”), permitindo quantificar o total de áreas em que cada participante reconhece necessidade de formação, tendo sido consideradas apenas as áreas que evidenciaram maior necessidade de formação autopercebida pelos cuidadores formais.

Com o objetivo de analisar a relação entre as necessidades formativas identificadas pelos cuidadores formais e as dimensões do *burnout*, foram aplicados testes U de Mann-Whitney. De forma geral, observa-se que os participantes que referem necessidade de formação apresentam ordenações médias de *burnout* ligeiramente superiores nas três dimensões analisadas. Contudo, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas na *dimensão burnout relacionado com o cliente* para a necessidade de formação na área da prevenção de úlceras de pressão ($p < 0,05$). Nas restantes áreas analisadas não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (cf. Tabela 14).

Tabela 3. Teste U de Mann-Whitney entre as necessidades formativas autopercebidas em diferentes áreas do cuidar e as dimensões do burnout

	Dimensões	Burnout Pessoal	Burnout Trabalho	Burnout Cliente
Necessidade formação		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Primeiros socorros	Não	18,74	18,09	17,95
	Sim	22,16	23,01	23,22
	UMW	148,5	142,0	138,0
	(p)	0,312	0,141	0,098
Úlceras de pressão	Não	18,11	18,94	17,88
	Sim	22,84	22,10	23,65
	UMW	145,0	151,5	126,0
	(p)	0,174	0,356	0,048*
Gestão emocional	Não	17,96	18,55	18,02
	Sim	23,02	22,79	23,18
	UMW	139,0	141,0	34,5
	(p)	0,082	0,115	0,067
Riscos e acidentes	Não	18,67	19,12	18,76
	Sim	22,41	22,38	23,04
	UMW	147,0	149,0	140,0
	(p)	0,264	0,331	0,139
Morte / cuidados em fase terminal	Não	18,92	19,04	18,58
	Sim	22,07	22,96	23,44
	UMW	150,5	143,0	137,0
	(p)	0,348	0,210	0,091

Variáveis preditoras do *burnout*

Termina-se a análise inferencial relativa ao *burnout* dos cuidadores formais através da realização de regressões lineares múltiplas univariadas, uma vez que se trata do método estatístico mais adequado para analisar a relação entre uma variável dependente e várias variáveis independentes (Marôco, 2014). Como variáveis dependentes consideraram-se as diferentes dimensões do *burnout* avaliadas pelo CBI-PT, nomeadamente: o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado com o trabalho, o *burnout* relacionado com o cliente e o *burnout* total. Como variáveis independentes foram consideradas a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas.

A idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são variáveis preditoras do *burnout* pessoal, explicando 26,8% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância

explicada ajustada de 16,0%. O erro padrão da estimativa é de 11,42 e os testes F ($F=2,481$; $p=0,050$) e t ($t=3,114$; $p<0,05$) revelam significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes introduzidas no modelo apresentam poder explicativo relativamente ao *burnout* pessoal.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a percepção de adequação da formação estabelece uma relação direta com o *burnout* pessoal, sugerindo que os cuidadores formais que percecionam a formação como mais adequada apresentam níveis mais elevados de *burnout* pessoal. Também os anos de serviço apresentam uma relação positiva com o *burnout* pessoal, indicando que quanto maior o tempo de serviço, maiores tendem a ser os níveis de *burnout*. Por outro lado, a idade, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação inversa com o *burnout* pessoal, sugerindo que os cuidadores com mais idade, com maior procura de formação e maior partilha de experiências tendem a apresentar níveis inferiores de *burnout* pessoal. Contudo, apenas a variável “formação adequada” revelou significância estatística ($p=0,035$) (Tabela 15).

Tabela 15. Regressão múltipla entre o *burnout* pessoal a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas

Variável dependente: <i>Burnout</i> pessoal					
R = 0,518					
R² = 0,268					
R² Ajustado =0,160					
Erro padrão da estimativa = 11,42					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	41,287		3,114	,004	
Idade	-0,059	-0,177	-1,015	,317	
Anos de serviço	0,903	0,274	1,124	,269	
Formação adequada	4,175	0,401	2,196	,035	
Procura ativa de formação	-1,161	-0,132	-0,821	,417	
Partilha de experiências//formação entre colegas	-2,735	-0,241	-1,528	,136	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	1321,574	5	264,315		
Residual	3622,401	34	106,541	2,481	,050
Total	4943,975	39			

A idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são variáveis preditoras do *burnout* relacionado com o trabalho, explicando 17,9% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 5,8%. O erro padrão da estimativa é de 12,67.

Porém, os testes F ($F=1,430$; $p=0,221$) e t revelam ausência de significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes introduzidas no modelo não apresentam poder explicativo significativo relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a idade, os anos de serviço e a procura ativa de formação estabelecem uma relação direta com o *burnout* relacionado com o trabalho, sugerindo que cuidadores formais com mais idade, com mais tempo de serviço e maior procura de formação tendem a apresentar níveis mais elevados desta dimensão de *burnout*. Por outro lado, a perceção de adequação da formação e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação inversa, indicando que os cuidadores formais que percecionam a formação como mais adequada e que partilham mais experiências entre colegas tendem a apresentar níveis inferiores de *burnout* relacionado com o trabalho. Todavia, nenhuma das variáveis independentes apresentou significância estatística (Tabela 16).

Tabela 16. Regressão múltipla entre o *burnout* relacionado com o trabalho a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas

Variável dependente: <i>Burnout</i> relacionado com o trabalho					
R = 0,423					
R ² = 0,179					
R ² Ajustado =0,058					
Erro padrão da estimativa = 12,67					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	39,482		2,418	,021	
Idade	0,004	0,006	0,033	,973	
Anos de serviço	1,204	0,214	0,774	,444	
Formação adequada	-0,372	-0,021	-0,101	,920	
Procura ativa de formação	2,584	0,196	0,943	,352	
Partilha de experiências//formação entre colegas	-2,359	-0,141	-0,681	,501	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	1148,228	5	229,646	1,430	,221
Residual	5457,372	34	160,511		
Total	6605,600	39			

De igual modo, a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são variáveis preditoras do *burnout* relacionado com o cliente, explicando 32,4% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 22,4%. O erro padrão da estimativa é de 9,84 e o teste F ($F=3,187$; $p=0,017$) revela significância estatística, inferindo-

se que as variáveis independentes que entraram no modelo mostram poder explicativo relativamente ao *burnout* relacionado com o cliente.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a idade, a percepção de adequação da formação e a procura ativa de formação estabelecem uma relação direta com o *burnout* relacionado com o cliente, a sugerir que os cuidadores formais mais velhos, que consideram a formação mais adequada e que procuram mais formação tendem a apresentar níveis mais elevados desta dimensão de *burnout*. Apurou-se que os anos de serviço e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação inversa, indicando que cuidadores com maior tempo de serviço e maior partilha de experiências entre colegas tendem a apresentar níveis inferiores de *burnout* relacionado com o cliente. No entanto, analisando os coeficientes de regressão individualmente, verifica-se que nenhuma variável apresenta significância estatística (Tabela 17).

Tabela 17. Regressão múltipla entre o *burnout* relacionado com o cliente a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas

Variável dependente: *Burnout* relacionado com o cliente

R = 0,569

R² = 0,324

R² Ajustado = 0,224

Erro padrão da estimativa = 9,84

Variáveis independentes		Pesos de Regressão			
		Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p
Constante		28,913		2,882	,007
Idade		0,041	0,119	0,736	,467
Anos de serviço		-0,430	-0,147	-0,563	,577
Formação adequada		2,257	0,287	1,249	,220
Procura ativa de formação		1,873	0,284	1,393	,173
Partilha de experiências//formação entre colegas		-2,626	-0,310	-1,543	,132
Efeito		Análise de variância			
		Soma Quadrados	df	Média quadrados	f
Regressão		1542,406	5	308,481	
Residual		3291,194	34	96,800	3,187
Total		4833,600	39		

Por fim, constatou-se igualmente que a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas são variáveis preditoras do *burnout* global, explicando 22,1% da variabilidade desta dimensão, sendo a variância explicada ajustada de 10,6%. O erro padrão da estimativa é de 10,95. Porém, o teste F (F=1,925; p=0,116) revela ausência de significância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes introduzidas no modelo não apresentam poder explicativo significativo relativamente ao *burnout* global.

Pelos coeficientes padronizados beta, apurou-se que os anos de serviço, a percepção de adequação da formação e a procura ativa de formação estabelecem uma relação direta com o *burnout* global, sugerindo que cuidadores formais com maior tempo de serviço, que consideram a formação mais adequada e que procuram mais formação tendem a apresentar níveis mais elevados de *burnout* global. Por outro lado, a idade e a partilha de experiências/formação entre colegas estabelecem uma relação inversa, a indicar que os cuidadores formais com mais idade e com maior partilha de experiências entre colegas tendem a apresentar níveis inferiores de *burnout* global. Todavia, nenhuma das variáveis independentes apresentou significância estatística (Tabela 18).

Tabela 18. Regressão múltipla entre o *burnout* global a idade, os anos de serviço, a percepção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas

Variável dependente: <i>Burnout</i> global					
R = 0,470					
R ² = 0,221					
R ² Ajustado =0,106					
Erro padrão da estimativa 10,95					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	36,821		2,761	,009	
Idade	-0,005	-0,012	-0,077	,939	
Anos de serviço	0,559	0,164	0,642	,525	
Formação adequada	2,020	0,214	0,981	,334	
Procura ativa de formação	1,099	0,139	0,716	,479	
Partilha de experiências//formação entre colegas	-2,573	-0,252	-1,326	,194	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	df	Média quadrados	f	p
Regressão	1204,180	5	240,836	1,925	,116
Residual	4254,620	34	125,136		
Total	5458,800	39			

2.4.3. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos permitiram responder ao objetivo geral do estudo, analisar a relação entre as necessidades formativas autopercibidas nas várias áreas dos cuidados e as dimensões do *burnout* em cuidadores formais a exercer funções em três ERPI do concelho de Anadia. Assim, os resultados evidenciam, por um lado, um conjunto de necessidades formativas centradas em áreas particularmente exigentes do cuidar a pessoa idosa, por outro, a presença de dimensões diferenciadas de *burnout*, com maior expressão na dimensão relacionada com o trabalho. Neste contexto, os resultados sugerem que a percepção de maiores necessidades formativas tende a associar-se a níveis mais elevados

de desgaste em algumas dimensões, ainda que essa relação apenas assuma significado estatístico em situações específicas.

No que respeita à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais, os resultados obtidos indicam que a amostra é constituída predominantemente por profissionais do género feminino, com uma presença expressiva de participantes com idade superior aos cinquenta anos. Trata-se, de modo geral, de cuidadores com experiência profissional consolidada, inseridos em funções de prestação direta de cuidados em contexto institucional e com relativa estabilidade laboral. Este perfil sugere a presença de profissionais com forte ligação à prática quotidiana do cuidado em ERPI, marcada por exigências associadas ao acompanhamento continuado de pessoas idosas em situação de dependência. Os resultados encontrados corroboram, em parte, a evidência descrita na literatura, que identifica o cuidado formal em instituições geriátricas como uma atividade fortemente feminizada (Armstrong & Braedley, 2024). Diversos estudos (Armstrong & Braedley, 2024; Boniol et al., 2019; James et al., 2025) mostram um predomínio de mulheres nas funções de cuidado direto, a refletir a histórica associação social e cultural entre o papel de cuidar e o género feminino. Nesse sentido, a composição da amostra deste estudo encontra-se em conformidade com tais investigações realizadas em contextos análogos, que também identificam uma elevada participação feminina entre cuidadores formais em estruturas residenciais para pessoas idosas (Armstrong & Braedley, 2024; Boniol et al., 2019; James et al., 2025).

Por outro lado, os resultados diferem parcialmente de alguns estudos no que respeita à experiência profissional. Por exemplo, Sousa et al. (2024), num estudo realizado com cuidadores formais em ERPI, identificaram uma proporção considerável de profissionais com experiência profissional relativamente reduzida, verificando-se que uma parte significativa da amostra possuía apenas alguns meses de experiência no exercício das funções. Em contraste, os dados do presente estudo apontam para um grupo de cuidadores com maior tempo de permanência na profissão, a sugerir uma trajetória profissional mais consolidada no contexto institucional. Esta diferença poderá refletir especificidades organizacionais das instituições analisadas e/ou características próprias do contexto local em que o estudo foi desenvolvido.

A literatura internacional tem igualmente evidenciado que o trabalho em cuidados continuados e em ERPI é caracterizado por elevados níveis de exigência física, emocional e organizacional. Revisões sistemáticas conduzidas por Costello et al. (2018) e Yan et al. (2023) confirmam que o *burnout* constitui um fenómeno frequente entre profissionais que

exercem funções neste setor, incluindo auxiliares de geriatria e outros cuidadores formais. Estas investigações destacam ainda que os níveis de *burnout* em contextos de cuidados prolongados podem ser superiores aos observados em ambientes hospitalares, o que evidencia a complexidade das exigências associadas ao cuidado continuado de pessoas idosas.

Neste contexto, diferentes fatores organizacionais e individuais têm sido identificados como determinantes importantes na experiência de desgaste profissional. Entre os principais fatores de risco descritos na literatura encontram-se a sobrecarga de trabalho, a pressão temporal, o contacto frequente com situações de sofrimento, deterioração ou morte dos residentes, bem como a perceção de insuficiência de recursos ou de formação adequada para lidar com a complexidade das situações de cuidado (Mahara et al., 2024; Low et al., 2025). Estes fatores são particularmente relevantes em contextos institucionais como as ERPI, onde os cuidadores formais desempenham um papel central na prestação de cuidados diretos e continuados. Os resultados apresentados por Geyskens et al. (2026) reforçam igualmente a relevância destes fatores. Num estudo com uma ampla amostra de profissionais de várias ERPI, os autores verificaram que os auxiliares de ação direta apresentavam níveis de *burnout* superiores aos de outros grupos profissionais, o que evidencia a elevada exigência associada às funções de cuidado direto a pessoas idosas residentes em ERPI. Os fatores como a carga emocional do trabalho, a interferência entre vida profissional e pessoal e determinadas características individuais, como a idade mais jovem ou a elevada intensidade de trabalho, têm sido identificados como elementos associados a níveis mais elevados de *burnout* (Geyskens et al., 2026; Mahara et al., 2024; Low et al., 2025).

Assim, a caracterização sociodemográfica identificada no presente estudo constitui um ponto de partida relevante para compreender as dinâmicas de trabalho e as necessidades formativas destes profissionais. Conhecer o perfil dos cuidadores formais, as suas trajetórias profissionais e as características do contexto em que exercem funções permitiu contextualizar de forma mais adequada as exigências associadas ao cuidado institucional e compreender melhor os fatores que podem influenciar quer a perceção de necessidades formativas quer os níveis de *burnout*.

Procurou-se também identificar as necessidades formativas autopercebidas pelos cuidadores formais em diferentes áreas do cuidar, nomeadamente cuidados básicos, gestão de comportamentos, comunicação e cuidados paliativos, os resultados apontam para uma prevalência de respostas em áreas diretamente relacionadas com a complexidade clínica e

emocional da prática profissional. Destacam-se, neste âmbito, necessidades associadas a primeiros socorros, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de riscos e acidentes, gestão emocional e cuidados em fase terminal. Estes dados sugerem que os cuidadores reconhecem como prioritário o reforço de competências práticas e emocionais que lhes permitam responder de forma mais segura e eficaz às exigências do cuidado prestado em contexto institucional. Estes resultados encontram suporte na literatura, que tem destacado a necessidade de formação contínua entre os cuidadores formais que exercem funções em ERPI. Os cuidadores formais frequentemente manifestam necessidade de aprofundar conhecimentos em áreas diretamente relacionadas com a prestação de cuidados clínicos básicos e com a gestão de situações de maior complexidade associadas ao envelhecimento e à dependência (Pires, 2023). A prevenção de úlceras de pressão, por exemplo, é reconhecida como uma competência essencial no cuidado a pessoas idosas institucionalizadas, sendo frequentemente identificada como uma área prioritária de formação devido à elevada prevalência deste problema em contextos de cuidados prolongados. A evidência recente reforça esta perspetiva, ao indicar que as pessoas idosas apresentam maior risco de desenvolver lesões por pressão em resultado das alterações associadas ao envelhecimento, sendo fundamental garantir formação contínua e estratégias educativas dirigidas aos cuidadores formais a exercer em ERPI para promover a prevenção e a gestão adequada destas lesões (Pires, 2023; Sahay et al., 2024).

De igual modo, a literatura destaca a importância da formação em primeiros socorros e na prevenção de riscos e acidentes, tendo em conta que os cuidadores formais são frequentemente os primeiros profissionais a intervir em situações de emergência ou em eventos adversos relacionados com quedas, desidratação, dificuldades respiratórias ou outras complicações clínicas. O desenvolvimento de competências nestas áreas contribui não apenas para a melhoria da segurança dos residentes, mas também para o aumento da confiança e da autonomia profissional dos cuidadores (Pires, 2023; Sahay et al., 2024).

Por outro lado, os resultados evidenciam também a relevância das necessidades formativas relacionadas com a dimensão emocional do cuidado, nomeadamente na gestão emocional e no acompanhamento de situações de fim de vida. A literatura tem vindo a demonstrar que o contacto frequente com situações de sofrimento, declínio funcional e morte constitui uma fonte significativa de stresse para os profissionais que trabalham em ERPI (Lorini et al., 2023; Wittenberg et al., 2020). Nesse sentido, defende-se a importância de programas formativos que integrem componentes de suporte emocional, estratégias de *coping* e competências de comunicação, de modo a apoiar os cuidadores formais na gestão das exigências emocionais inerentes ao trabalho em ERPI.

Nesse sentido, Ouyang et al. (2025) destacam que os cuidadores formais, enquanto profissionais que se encontram na linha da frente do cuidado a pessoas idosas, particularmente em situações de demência avançada, desempenham um papel fundamental na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente em contexto de fim de vida. Segundo estes autores, o conhecimento, as atitudes e as condições de trabalho dos cuidadores constituem fatores determinantes para a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas. Num estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas com cuidadores formais a exercer em ERPI com experiência no acompanhamento de pessoas com demência avançada, os autores identificaram diversos desafios associados à prestação de cuidados em fase terminal. A análise temática das entrevistas revelou quatro dimensões principais: o conhecimento e as atitudes dos cuidadores face aos cuidados de fim de vida, os desafios ocupacionais associados ao exercício das funções, os fatores motivacionais que facilitam a prestação de cuidados e as necessidades específicas relacionadas com o cuidado (Ouyang et al., 2025). Os resultados evidenciaram que os cuidadores formais enfrentam múltiplas pressões e exigências no desempenho das suas funções, desenvolvendo frequentemente estratégias individuais de adaptação para lidar com as dificuldades inerentes ao cuidado (Ouyang et al., 2025). Estas evidências articulam-se com os dados obtidos no presente estudo, na medida em que os cuidadores formais também identificaram necessidades formativas particularmente relevantes em áreas como os cuidados em fase terminal e a gestão emocional. Tal convergência sugere que os profissionais reconhecem a necessidade de reforçar competências que lhes permitam lidar de forma mais eficaz com situações de elevada complexidade clínica e emocional, frequentemente presentes em contextos institucionais de cuidado a pessoas idosas.

De acordo com Ouyang et al. (2025), o reforço da formação e do apoio institucional aos cuidadores formais constitui um elemento essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas idosas em fim de vida e, simultaneamente, reduzir o stresse associado ao desempenho destas funções. Assim, os resultados do presente estudo reforçam a importância de desenvolver estratégias formativas e organizacionais que respondam às necessidades identificadas pelos cuidadores, promovendo não apenas a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também o bem-estar e a sustentabilidade profissional destes trabalhadores em contexto de ERPI.

Outras evidências recentes têm igualmente demonstrado que intervenções formativas orientadas para o desenvolvimento de competências profissionais e emocionais podem contribuir para melhorar o bem-estar dos cuidadores e reduzir o impacto de fatores associados ao desgaste profissional. Estudos experimentais e programas de formação

implementados em contextos de cuidados prolongados evidenciam que a capacitação dos profissionais em áreas como comunicação com residentes e famílias, gestão de situações difíceis e compreensão das necessidades dos utentes pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e diminuir o risco de *burnout* (Mahara et al., 2024; Low et al., 2025; Pires, 2023). Assim, os resultados do presente estudo encontram-se, na globalidade, em consonância com a evidência científica existente, o que reforça a importância de investir em estratégias de formação contínua que respondam às necessidades identificadas pelos próprios cuidadores formais. A valorização destas necessidades formativas autopercebidas constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento de programas de formação mais ajustados à realidade do trabalho em ERPI, por parte da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, capazes de promover simultaneamente a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos profissionais.

Outro objetivo consistiu em avaliar as dimensões de *burnout* nos cuidadores formais, tendo-se constatado que as três dimensões apresentam expressão diferenciada. O *burnout* relacionado com o trabalho surge como a dimensão mais saliente, seguido do *burnout* relacionado com o cliente e, por fim, do *burnout* pessoal. Esta distribuição sugere que o desgaste sentido pelos cuidadores formais encontra-se mais associado às exigências organizacionais e funcionais do contexto laboral do que exclusivamente a fatores individuais, o que reforça a centralidade do ambiente de trabalho na compreensão do fenómeno. Estes resultados corroboram a literatura, que descreve o *burnout* como um estado psicológico de desgaste associado à exposição prolongada a stressores emocionais e relacionais no contexto laboral. De acordo com Maslach e Jackson (1981), esta síndrome caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, afetando a perceção que o profissional tem de si próprio e da sua atividade laboral. De forma semelhante, Bellanti et al. (2021) referem que o *burnout* constitui uma resposta prolongada a exigências emocionais intensas no trabalho, com impacto direto no bem-estar do trabalhador e na qualidade dos cuidados prestados. No contexto dos cuidados formais a pessoas idosas, esta realidade torna-se particularmente evidente, uma vez que estes profissionais enfrentam frequentemente ambientes de trabalho exigentes, com elevada carga emocional e relacional (Sousa et al., 2024).

A evidência científica reforça ainda que o *burnout* entre cuidadores formais a exercer funções em ERPI é um fenómeno relativamente frequente. Revisões sistemáticas conduzidas por Costello et al. (2018) e Yan et al. (2023) demonstram que os profissionais que trabalham na área apresentam níveis elevados de desgaste emocional, muitas vezes superiores aos observados em contextos hospitalares. Estes estudos apontam para fatores

organizacionais, como a sobrecarga de trabalho, a pressão temporal e a exposição constante a situações de sofrimento ou declínio dos residentes, como elementos centrais na explicação do *burnout*, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo, onde a dimensão relacionada com o trabalho surge como a mais expressiva.

Outro objetivo consistiu avaliar a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões de *burnout*, tendo-se registado uma tendência para ordenações médias de *burnout* mais elevadas entre os participantes que identificam necessidades de formação em áreas específicas. Embora esta associação não tenha assumido significado estatístico na maioria das comparações, verificou-se uma relação significativa na dimensão *burnout relacionado com o cliente*, designadamente entre os cuidadores formais que assinalaram necessidade de formação na prevenção de úlceras de pressão. Este dado sugere que a identificação de lacunas formativas em áreas sensíveis do cuidar, pode acompanhar maior desgaste na relação com os idosos, o que confere pertinência ao objetivo geral do estudo. Esta tendência é coerente com a literatura que aponta a perceção de insuficiência formativa e a dificuldade em lidar com situações clínicas complexas como fatores que contribuem para o aumento do stresse e do desgaste profissional. Mahara et al. (2024) e Low et al. (2025) destacam que a falta de preparação adequada para lidar com determinadas situações do cuidado, associada à elevada exigência emocional do trabalho em ERPI, pode potenciar o desenvolvimento de *burnout*. Por outro lado, estes autores demonstram que intervenções formativas orientadas para o desenvolvimento de competências profissionais, comunicação e gestão de situações difíceis podem contribuir para reduzir os níveis de *burnout* entre os profissionais. Assim, a associação observada entre necessidades formativas e *burnout relacionado com o cliente* pode refletir a maior dificuldade sentida pelos cuidadores ao lidar com situações clínicas e relacionais complexas no cuidado direto aos residentes.

Por fim, no que se refere ao objetivo que visava analisar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, género e escolaridade) e profissionais (anos de experiência, tipo de contrato e carga horária) na perceção de necessidades formativas e nas dimensões de *burnout*, os resultados evidenciaram uma influência limitada da maioria dessas variáveis. As análises realizadas não revelaram diferenças estatisticamente significativas na generalidade das comparações, quer ao nível do género, quer da idade, dos anos de serviço ou da carga horária. Ainda assim, assinalam-se duas associações com relevância estatística: a escolaridade, na dimensão *burnout relacionado com o cliente*, e o tipo de contrato, também nesta dimensão. Estes dados sugerem que certos aspetos do percurso escolar e da inserção profissional podem interferir na forma como os cuidadores experienciam o

desgaste associado à relação com os utentes, ainda que tal influência não seja transversal a todas as dimensões do *burnout*. Alguns estudos apontam igualmente para a influência de fatores individuais e organizacionais na experiência de *burnout*. Assim, dá-se como exemplo Geyskens et al. (2026) que, num estudo realizado com profissionais de várias ERPI, identificaram que características do ambiente de trabalho, como a carga emocional das tarefas, a interferência entre vida profissional e pessoal e a clareza das funções desempenhadas, apresentam uma relação significativa com os níveis de *burnout*. Estes autores destacam ainda que determinados grupos profissionais, como os auxiliares de ação direta, tendem a apresentar níveis mais elevados de desgaste, devido à intensidade do contacto direto com os residentes. De forma semelhante, a revisão da literatura realizada por Pires (2023) evidenciou que o trabalho em contexto institucional pode ser emocionalmente exigente para os cuidadores formais, sendo frequentemente associado a exaustão emocional, sobrecarga de trabalho e necessidade de repouso físico e psicológico. Pires (2023), na sua revisão, evidenciou que fatores como o apoio social e organizacional, a qualidade do ambiente laboral e a perceção de adequação profissional podem desempenhar um papel relevante na experiência de *burnout*. A existência de apoio institucional e de estratégias de desenvolvimento de competências pode, assim, contribuir para reduzir o impacto do stresse profissional e melhorar a capacidade dos cuidadores formais para lidar com as exigências do trabalho em ERPI.

Os resultados das regressões lineares múltiplas sugerem que a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura ativa de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas constituem variáveis preditoras do *burnout* e das suas dimensões, observando-se, contudo, diferenças na magnitude do poder explicativo entre as dimensões analisadas. O modelo relativo ao *burnout* pessoal revelou significância estatística marginal, constatando-se que apenas a variável “perceção de adequação da formação” se assumiu como preditora significativa. Por sua vez, o modelo referente ao *burnout* relacionado com o cliente apresentou significância estatística global, ainda que nenhuma variável individual tenha demonstrado efeito preditor significativo isoladamente. Já os modelos relativos ao *burnout* relacionado com o trabalho e ao *burnout* global não evidenciaram significância estatística. Os resultados do presente estudo demonstram que variáveis como os anos de serviço e a perceção de adequação da formação tendem a estabelecer relações diretas com algumas dimensões do *burnout*, sugerindo que maiores exigências profissionais e maior envolvimento no contexto laboral poderão associar-se a níveis superiores de desgaste emocional nos cuidadores formais de pessoas idosas em ERPI. Em contrapartida, a partilha de experiências/formação entre colegas revelou

predominantemente relações inversas com o *burnout*, apontando para um possível efeito protetor do apoio social, da cooperação entre profissionais e da partilha de conhecimentos no contexto institucional. Estes resultados encontram-se, de certa forma em consonância com o estudo desenvolvido por Bilwal (2021), onde as dimensões associadas a esta condição de saúde foram o impacto emocional, a exaustão emocional, a percepção de autoeficácia e a insatisfação geral. Estes resultados reforçam a natureza multidimensional do *burnout* em profissionais que exercem funções de cuidado em contexto institucional. De igual modo, os fatores identificados por Bilwal (2021), especificamente a exaustão emocional e o impacto emocional, parecem corroborar os resultados obtidos neste estudo, ao evidenciarem que as exigências contínuas do cuidar em ERPI podem comprometer o bem-estar psicológico dos cuidadores formais. Por outro lado, no estudo de Silva et al. (2024) também a valorização da autoeficácia e das dinâmicas relacionais entre os profissionais sugerida pela autora vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo relativamente ao possível efeito protetor da partilha de experiências/formação entre colegas, o que reforça a importância do suporte profissional e organizacional na prevenção do *burnout*.

Os resultados apurados no presente estudo corroboram, maioritariamente, a evidência científica existente, ao demonstrar que o *burnout* entre cuidadores formais se encontra fortemente associado às exigências do contexto laboral e às características do trabalho em ERPI; reforçam ainda a importância de considerar as necessidades formativas destes profissionais como um elemento relevante na compreensão do desgaste profissional, destacando a necessidade de desenvolver estratégias organizacionais e formativas que promovam o bem-estar dos cuidadores e a qualidade dos cuidados prestados.

Não obstante os contributos relevantes do presente estudo, importa reconhecer algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a dimensão da amostra e a sua circunscrição a cuidadores formais a três ERPI do concelho de Anadia e também o facto de, em 73 profissionais, só se ter conseguido uma amostra de 40 participantes, podem limitar a generalização dos resultados para outros contextos institucionais ou regiões geográficas. A utilização de um desenho transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas, mas somente identificar associações entre necessidades formativas autopercibidas e níveis de *burnout*. Importa ainda considerar que os dados recolhidos se baseiam na percepção dos próprios participantes, podendo estar sujeitos a enviesamentos associados à desejabilidade social ou à interpretação individual das questões.

Apesar destas limitações, o estudo contribui para aprofundar o conhecimento sobre as necessidades formativas e o *burnout* entre cuidadores formais em ERPI, o que evidencia a importância de desenvolver estratégias de intervenção dirigidas a estes profissionais. Futuras investigações poderão reforçar este conhecimento mediante a inclusão de amostras mais amplas, diferentes contextos institucionais e a avaliação da eficácia de programas de intervenção dirigidos a estes profissionais. Investir na capacitação, no apoio institucional e na promoção do bem-estar dos cuidadores formais constitui um elemento fundamental para garantir a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas, reforçando simultaneamente a sustentabilidade dos sistemas de cuidados em contextos de envelhecimento populacional.

2.4.4. Conclusão

Os resultados obtidos permitiram afirmar que os objetivos delineados para o presente estudo foram alcançados, possibilitando compreender a relação entre as necessidades formativas autopercebidas e as dimensões de *burnout* em cuidadores formais a exercer funções em ERPI do concelho de Anadia.

A análise realizada permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional destes cuidadores, identificar as áreas prioritárias de necessidades formativas e avaliar os níveis de *burnout* nas suas diferentes dimensões. Os cuidadores formais apresentam um perfil predominantemente feminino, com idade média, na maioria, igual ou superior aos 50 anos, situada numa fase madura do percurso profissional e com experiência significativa no cuidado direto a pessoas idosas institucionalizadas. Este perfil evidencia o papel central destes profissionais no funcionamento das ERPI e na prestação de cuidados continuados, assumindo uma função essencial na promoção da qualidade de vida, dignidade e bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas.

No que se refere às necessidades formativas autopercebidas, destacaram-se áreas diretamente relacionadas com a complexidade clínica e emocional do cuidado, nomeadamente primeiros socorros, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de riscos e acidentes, gestão emocional e cuidados em fase terminal. Estes resultados evidenciam que os cuidadores formais reconhecem a necessidade de reforçar competências que lhes permitam lidar de forma mais segura e eficaz com situações frequentemente presentes no cuidado a pessoas idosas dependentes.

Relativamente ao *burnout*, verificou-se maior expressão da dimensão relacionada com o trabalho, seguida do *burnout* relacionado com o cliente e, por fim, do *burnout* pessoal. Estes resultados reforçam a ideia de que o desgaste profissional entre cuidadores formais está fortemente associado às exigências organizacionais e emocionais do contexto laboral, mais do que exclusivamente a fatores individuais. Embora a maioria das variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas não tenha apresentado associações estatisticamente significativas com as dimensões de *burnout*, foram identificadas relações relevantes entre a escolaridade e o tipo de contrato com a dimensão *burnout* relacionado com o cliente. Observou-se ainda uma tendência para níveis mais elevados de *burnout* entre os cuidadores formais que identificam maiores necessidades formativas em determinadas áreas, a ressaltar a importância do desenvolvimento de competências profissionais como fator potencialmente protetor face ao desgaste ocupacional.

A análise das regressões lineares múltiplas demonstrou que a idade, os anos de serviço, a perceção de adequação da formação, a procura de formação e a partilha de experiências/formação entre colegas assumiram-se como variáveis preditoras de *burnout* dos cuidadores formais de pessoas idosas em ERPI, mesmo que tenham apresentado diferentes pesos explicativos nas dimensões avaliadas. A perceção de adequação da formação destacou-se como a única variável preditora com significância estatística, sobretudo no *burnout* pessoal. Apurou-se igualmente que os anos de serviço e a perceção de formação adequada se relacionam com níveis mais elevados de *burnout*, ao passo que a partilha de experiências e conhecimentos entre colegas parece exercer um efeito protetor, associado a menor desgaste emocional. Estes resultados salientam a relevância do apoio organizacional, da supervisão e da cooperação entre profissionais, assim como da existência de formação contínua ajustada às necessidades dos cuidadores formais, com o objetivo de reduzir o *burnout* e promover o bem-estar profissional.

Os resultados obtidos reforçam, assim, a relevância de investir em estratégias de formação contínua e de suporte institucional dirigidas aos cuidadores formais, com vista à promoção do bem-estar profissional e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados em ERPI. Neste contexto, destaca-se o EEEEC-ESCSP, cuja intervenção assume particular relevância na promoção da saúde ocupacional e na prevenção do *burnout* em populações profissionais vulneráveis.

O EEEEC-ESCSP possui competências específicas para intervir nos diferentes níveis do processo de saúde comunitária, nomeadamente no diagnóstico de necessidades em saúde, no planeamento estratégico de intervenções, na implementação de programas de

promoção da saúde e na avaliação do impacto das intervenções desenvolvidas. No caso dos cuidadores formais em ERPI, a intervenção deste profissional poderá contribuir para identificar necessidades formativas e psicossociais, desenvolver programas de capacitação profissional, promover estratégias de gestão emocional e implementar intervenções orientadas para a promoção do bem-estar e prevenção do *burnout* profissional.

Deste modo, a integração de estratégias de educação para a saúde, a promoção da literacia em saúde e apoio psicossocial dirigidas aos cuidadores formais poderá contribuir para robustecer as suas competências profissionais, melhorar a sua capacidade de lidar com as exigências do cuidado e reduzir fatores de risco associados ao *burnout*. Estas intervenções poderão ter impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas.

Por fim, importa salientar que os resultados deste estudo reforçam a necessidade de desenvolver abordagens que articulem formação, apoio organizacional e intervenção comunitária. Futuras investigações poderão aprofundar esta temática, nomeadamente através de estudos com amostras mais alargadas e da implementação e avaliação de programas de intervenção dirigidos à prevenção do *burnout* e ao desenvolvimento de competências entre cuidadores formais em ERPI. A valorização destes profissionais e o investimento no seu bem-estar constituem, assim, elementos fundamentais para garantir a sustentabilidade e qualidade dos cuidados prestados à população idosa institucionalizada.

3. Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

Neste capítulo, pretende-se descrever de forma reflexiva como se desenvolveram as competências ao longo do percurso formativo. Em primeiro lugar, as competências comuns do enfermeiro especialista, sendo estas: “a) *Responsabilidade profissional, ética e legal (A)*; b) *Melhoria contínua da qualidade (B)*; c) *Gestão dos cuidados (C)*; d) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)*” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, OE, p. 4745). Em segundo lugar, as competências específicas do EEEEC-ESCSP, nomeadamente “a) *Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*; b) *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*; c) *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*; d) *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico*” (OE, 2018, p. 19354).

3.1. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento n.º 140/2019, publicado pela OE, define o perfil de competências transversais do Enfermeiro Especialista, servindo igualmente de base concetual para a regulamentação das competências específicas associadas a cada área de especialização em Enfermagem. Este documento orientador estabelece que, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, é necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, aplicáveis à prática profissional em diferentes contextos clínicos e áreas de especialidade. De acordo com o artigo 4.º do referido regulamento, essas competências estão organizadas em quatro domínios principais: (a) responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) gestão dos cuidados; e (d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

O Enfermeiro Especialista detém um saber aprofundado num domínio específico da enfermagem, sustentado na compreensão das respostas humanas aos processos de vida e

aos problemas de saúde. Este conhecimento evidencia-se por elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, expressos através de um conjunto de competências especializadas inerentes a um campo de intervenção próprio. Estes profissionais partilham, entre si, um conjunto de domínios que constituem competências comuns, sendo a sua prática profissional aplicável nos contextos de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, abrangendo a totalidade dos ambientes de prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista desenvolve um conjunto de competências comuns transversais a todas as áreas de especialidade em Enfermagem, que se encontram definidas no artigo 3º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como:

competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, designadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais,

envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

A Enfermagem, enquanto disciplina científica e prática profissional, exige níveis crescentes de conhecimento, especialização e competência técnica, tornando essencial o desenvolvimento de um percurso de formação avançada. Nesse sentido, o Enfermeiro Especialista é definido como o profissional *“a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”* (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Neste enquadramento, ao longo do estágio, tive a oportunidade de desenvolver e consolidar as competências comuns definidas para o Enfermeiro Especialista, nomeadamente: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da

qualidade; c) Gestão dos cuidados; e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745, Art.º 3.º).

Assumir responsabilidade profissional, ética e legal

Nos termos do Regulamento n.º 140/2019 da OE (art.º 5.º), o exercício profissional do Enfermeiro Especialista deve pautar-se por referenciais éticos, legais e deontológicos que orientam a sua atuação. Neste âmbito, compete-lhe exercer a profissão em conformidade com a legislação vigente, garantindo que os cuidados prestados salvaguardam os direitos humanos e cumprem os deveres inerentes à prática profissional.

A valorização e defesa da vida humana constituem fundamentos estruturantes da intervenção do enfermeiro, requer uma atuação responsável, consciente e consonante com os princípios que regulam a profissão. Os deveres deontológicos encontram-se definidos nos artigos 100.º a 108.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, contemplando a obrigação de responder às necessidades da comunidade, promover a equidade no acesso aos cuidados, proteger grupos em situação de maior vulnerabilidade e assegurar a continuidade, qualidade e segurança da assistência prestada. Incluem ainda o dever de respeito pela confidencialidade, pela privacidade e pela dignidade da pessoa.

A prestação de cuidados de excelência e humanizados pressupõe, assim, um compromisso permanente com a autorreflexão, a melhoria contínua da prática e uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade enquanto foco da intervenção em enfermagem.

O Código Deontológico e o REPE constituem referenciais fundamentais que orientam e sustentam a prática profissional, estabelecem os princípios éticos e o enquadramento legal que devem nortear a atuação do Enfermeiro Especialista. Estes documentos determinam que o exercício profissional deve ocorrer em conformidade com os princípios deontológicos e com a legislação em vigor. Nos termos do Regulamento n.º 140/2019, compete ao Enfermeiro Especialista garantir que a sua prática, no âmbito da respetiva área de especialização, salvaguarda os direitos humanos e cumpre as responsabilidades profissionais inerentes (Regulamento n.º 140/2019).

Neste sentido, ao longo das intervenções desenvolvidas junto das pessoas, famílias e comunidade, procurei assegurar o respeito pelos seus direitos fundamentais, nomeadamente no que se refere ao anonimato, à confidencialidade e ao direito à informação. Nenhuma intervenção foi realizada sem o devido esclarecimento prévio e consentimento, tendo o consentimento informado sido sempre solicitado quando aplicável.

Mantive o compromisso com o sigilo profissional, na promoção da autonomia e da participação ativa dos utentes e famílias na tomada de decisão. A minha atuação pautou-se pelo respeito pelos valores, crenças e singularidades de cada pessoa, orientando-se pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência e justiça.

Colaborar na melhoria contínua da qualidade

A OE, no Regulamento n.º 140/2019, 2019 (p. 4745), art.º 6º, postula que as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

Garante um ambiente terapêutico e seguro.

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade desempenham uma função estruturante na dinamização e consolidação de estratégias institucionais no âmbito da governação clínica. Através da sua mobilização, torna-se possível fomentar práticas assistenciais orientadas por padrões de excelência, participar ativamente na implementação e monitorização de programas de melhoria contínua e reforçar a cultura de segurança nas organizações de saúde. Estas competências contribuem, assim, para a promoção de cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa, assegurando a criação e manutenção de ambientes terapêuticos que privilegiam a qualidade, a gestão do risco e a melhoria sustentada dos processos assistenciais

Durante os estágios realizados em contextos distintos no âmbito da Saúde Comunitária e Saúde Pública, tive oportunidade de desenvolver competências que se inserem claramente no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, conforme estabelecido no artigo 6.º do Regulamento n.º 140/2019 da OE, nomeadamente ao garantir um papel dinamizador em iniciativas estratégicas, ao colaborar em programas de melhoria contínua e ao contribuir para ambientes terapêuticos e seguros.

Participar na gestão de cuidados

A OE, no seu Regulamento n.º 140/2019, 2019 (p. 4745), art.º 7º, preconiza que as competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

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

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Ao longo dos estágios realizados, desenvolvi competências relevantes no domínio da gestão dos cuidados, conforme preconizado no artigo 7.º do Regulamento n.º 140/2019 da OE. Este domínio visa a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, para otimizar a resposta da equipa e articulando com os diversos profissionais de saúde, bem como adaptar a liderança e os recursos às necessidades do contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados.

As experiências adquiridas permitiram-me consolidar competências de gestão dos cuidados, adaptando estratégias às realidades do terreno, assegurar a articulação com a equipa de saúde e contribuir para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados em contexto comunitário.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Aquisição de competências constitui um processo contínuo de aprendizagem, que emerge com a partilha de experiências e de conhecimento entre os membros da equipa multiprofissional, bem como do trabalho autónomo e do acesso a informação fidedigna, nomeadamente através de documentos emanados pelas diversas entidades do setor da saúde. Este processo evidencia o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento e da assertividade, promovendo uma prática clínica especializada sustentada na evidência científica (OE, Regulamento n.º 140/2019).

O Enfermeiro Especialista é um profissional dotado de competências avançadas, resultantes de uma formação especializada, que lhe permitem prestar cuidados diferenciados dentro da sua área de especialidade. Assume um papel fundamental na tomada de decisão clínica, atuando como agente de mudança e promovendo a reflexão crítica no seio das equipas multiprofissionais. Assim, ao longo deste percurso formativo, a consolidação desta competência exigiu a mobilização de conhecimentos adquiridos no plano curricular do Mestrado, bem como a procura ativa da melhor evidência científica para sustentar decisões informadas. Este processo implicou a realização de pesquisa bibliográfica sistemática em fontes credíveis, como documentos da DGS, da OE, artigos científicos e literatura especializada.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui um eixo estruturante do percurso formativo em enfermagem, sendo essencial para a consolidação de uma prática clínica especializada, fundamentada na evidência científica e sustentada no autoconhecimento. De acordo com o artigo 7.º do Regulamento n.º 140/2019 da OE, este domínio integra a partilha de experiências com equipas multiprofissionais, a busca autónoma por conhecimento e a atuação como facilitador de aprendizagem. Assim, todo este percurso evidenciou o meu envolvimento ativo e consciente no processo de aprendizagem contínua, sustentado na reflexão, no trabalho em equipa e na constante procura por práticas clínicas fundamentadas em evidência.

O percurso realizado ao longo dos estágios na UCC de Anadia e na USP-SL de Águeda revelou-se uma etapa decisiva no meu desenvolvimento enquanto futura EEEC-ESCSP. A vivência destes dois contextos, distintos, mas complementares, permitiu-me desenvolver competências, consolidar conhecimentos e fortalecer a minha identidade profissional, valorizar a proximidade às populações, a escuta qualificada, a articulação interinstitucional e a intervenção sustentada em evidência científica.

O início desta experiência foi acompanhado por entusiasmo e sentido de responsabilidade, coexistindo com naturais inquietações associadas ao regresso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), após um percurso prolongado em UCCI. A adaptação às especificidades organizacionais, às metodologias próprias de cada unidade e às diferentes populações exigiu flexibilidade, atualização de conhecimentos e capacidade de reajustamento. Progressivamente, através da prática diária, do apoio das equipas e do investimento pessoal na aprendizagem, adquiri maior segurança e autonomia.

Segundo Benner (2005), a Enfermagem é uma prática complexa, dinâmica e não totalmente determinada por protocolos científicos. O exercício competente exige conhecimento técnico-científico (*techne*) e o julgamento clínico prudente e sabedoria prática (*phronesis*), desenvolvidos pela experiência. O enfermeiro especialista/perito distingue-se pela capacidade de “ler” a situação de forma global e intuitiva, reconhecendo padrões, antecipando evoluções e ajustando a intervenção de modo fluido, mesmo perante mudanças rápidas no estado do doente. Enquanto o enfermeiro competente, planeia e organiza a ação de forma deliberada, o perito atua com uma compreensão profunda e integrada da situação, mobiliza conhecimento científico, experiência acumulada e sensibilidade relacional. O seu desempenho caracteriza-se por elevada acuidade percetiva, capacidade de identificar sinais clínicos relevantes ao longo do tempo e forte compromisso ético. O enfermeiro perito cria

espaços de cuidados mais humanizados e desenvolve uma agência moral mais sofisticada e uma intervenção centrada na pessoa (Benner, 2005).

A autora evidencia ainda que o desenvolvimento até ao nível de perito depende da aprendizagem experiencial contínua, da reflexão crítica sobre a prática e da capacidade de envolvimento interpessoal. Uma abordagem meramente técnico-racional, baseada apenas na aplicação rígida de evidência ou cálculo probabilístico, pode limitar a evolução profissional, pois não contempla a complexidade e singularidade das situações clínicas. Assim, defende que o enfermeiro especialista/perito é aquele que integra conhecimento científico, experiência prática, julgamento clínico e maturidade ética, bem como demonstra uma atuação flexível, contextualizada e profundamente comprometida com a qualidade e humanização dos cuidados (Benner, 2005).

Esta progressão descrita por Benner (2005) esteve claramente patente no meu percurso formativo ao longo dos estágios realizados. Inicialmente, a minha atuação centrou-se numa preocupação em cumprir adequadamente as tarefas, assegurar o rigor técnico e o cumprimento dos procedimentos estabelecidos. Todavia, à medida que fui adquirindo maior experiência e contactava com diferentes contextos e populações, tornou-se evidente uma evolução no meu modo de pensar e agir profissionalmente, ou seja, no meu saber estar, saber ser e saber fazer.

Progressivamente, passei de uma abordagem mais estruturada e deliberada para uma intervenção mais integrada e contextualizada, o que se reverteu na demonstração contínua de uma maior capacidade de interpretar as situações de forma global, reconhecer padrões e antecipar necessidades. Desenvolvi um raciocínio clínico e comunitário mais consistente, sustentado no conhecimento científico e na experiência acumulada e na reflexão crítica sobre a prática. Tal como descrito por Benner (2005), esta evolução traduziu-se igualmente num reforço da minha agência moral e da sensibilidade relacional, elementos fundamentais para uma prática especializada em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A capacidade de adaptação a contextos complexos, a tomada de decisão fundamentada e a intervenção centrada na pessoa e na comunidade refletem esta progressão ao longo do percurso formativo. Por conseguinte, reconheço que o estágio constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem experiencial, permitindo-me transitar para um nível de desempenho mais autónomo, reflexivo e competente, aproximando-me das características associadas ao enfermeiro especialista/perito, como postula Benner (2005).

Na UCC de Anadia, aprofundi competências relacionadas com a intervenção direta junto de indivíduos e famílias, a continuidade assistencial e a articulação com recursos

comunitários. Na USP-SL de Águeda, a abordagem incidiu principalmente na dimensão populacional da saúde, abrangendo a vigilância epidemiológica, a saúde ambiental, a implementação de programas nacionais e a gestão de situações com potencial impacto coletivo. Esta diversidade de experiências proporcionou-me uma compreensão abrangente da saúde comunitária, integrando as dimensões individual, familiar e coletiva.

A participação ativa em processos de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação de intervenções permitiu consolidar o raciocínio clínico e comunitário, bem como desenvolver maior capacidade crítica e reflexiva. O trabalho com equipas multiprofissionais evidenciou a importância da cooperação, da comunicação eficaz e da partilha de responsabilidades na construção de respostas adequadas às necessidades identificadas.

Pelo exposto, considero que os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, pois mantive, ao longo de todo o percurso, uma postura ética, responsável e participativa. A constante reflexão sobre a prática e a abertura ao *feedback* constituíram elementos substanciais para transformar as dificuldades em oportunidades de crescimento.

Ao nível interpessoal, desenvolvi ainda mais e fortaleci competências como a empatia, a responsabilidade, o compromisso ético e a colaboração em equipa. No plano sistémico, desenvolvi maior adaptabilidade e capacidade de aprendizagem contínua. No domínio instrumental, aperfeiçoei a gestão de cuidados, a utilização de ferramentas tecnológicas e a comunicação assertiva, ajustando-a aos diferentes contextos e interlocutores.

A articulação entre teoria e prática nestes dois cenários permitiu-me compreender, de forma mais profunda, a abrangência e o impacto do Enfermeiro Especialista e ao nível do EEEEC-ESCSP na promoção da saúde, na prevenção da doença e na proteção da saúde coletiva.

Nos capítulos seguintes, serão apresentadas, de forma estruturada, as principais experiências e oportunidades de aprendizagem que contribuíram para a aquisição e consolidação das competências específicas desta área de especialização.

3.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

O estágio de natureza profissional, integrado no percurso formativo preconizado pela OE, decorreu em contextos particularmente propícios ao desenvolvimento e consolidação

das competências específicas da área de Enfermagem Comunitária, com particular foco na Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (OE, 2021). A construção e afirmação da minha identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública concretizou-se progressivamente ao longo dos dois estágios, através da participação ativa em múltiplas atividades que favoreceram a aquisição, aprofundamento e integração de competências especializadas.

O Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, da OE, define o enquadramento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, reconhece a necessidade de responder a áreas de intervenção emergentes e diferenciadas. Face à complexidade crescente das necessidades em saúde, torna-se imperativo delimitar competências especializadas de acordo com o alvo e o contexto de atuação, identificando-se duas áreas fundamentais: a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a Enfermagem de Saúde Familiar. Este enquadramento surge num contexto em que os CSP assumem um papel cada vez mais central no sistema de saúde, quer na abordagem terapêutica da doença, quer, e de forma particularmente relevante, na sua prevenção e na promoção da saúde. A valorização da intervenção precoce, da educação para a saúde e da capacitação das populações reforça a importância estratégica destes cuidados no âmbito das políticas públicas de saúde.

De acordo com o mesmo regulamento suprarreferenciado, o EEEEC-ESCSP assume uma função estratégica na promoção da saúde coletiva. Compete-lhe avaliar o perfil de saúde das comunidades com recurso à metodologia do Planeamento em Saúde, identificar necessidades prioritárias e mapear recursos existentes, promovendo intervenções estruturadas e contextualizadas. Desempenha igualmente um papel relevante na capacitação de grupos e comunidades, incentivando a autonomia e o *empowerment* dos cidadãos na gestão da sua saúde. Participa na coordenação e monitorização de Programas de Saúde de âmbito comunitário, assegura o alinhamento com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e contribui para a articulação entre estratégias locais e orientações das políticas públicas. Acresce ainda a responsabilidade na vigilância epidemiológica com enfoque geodemográfico, através da recolha, análise e interpretação de dados que sustentam decisões e intervenções ajustadas às especificidades populacionais.

Neste contexto, torna-se evidente a articulação entre as competências desenvolvidas e as intervenções concretizadas ao longo dos estágios, para demonstrar o efetivo contributo destas experiências formativas para o fortalecimento dos diferentes domínios de competência inerentes ao exercício do EEEEC-ESCSP.

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

A competência relacionada com a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sustentada na metodologia do Planeamento em Saúde, foi consolidada através das atividades desenvolvidas nos contextos da UCC de Anadia e da USP-SL de Águeda, nomeadamente na caracterização da população abrangida pelas unidades, no levantamento e análise de indicadores demográficos e epidemiológicos, na identificação de necessidades em saúde e no desenvolvimento do projeto de investigação intitulado *“Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: da avaliação à intervenção”*. Estas experiências permitiram integrar conhecimentos relacionados com os determinantes sociais da saúde, vulnerabilidades populacionais, análise epidemiológica, definição de prioridades em saúde e planeamento de intervenções ajustadas às necessidades identificadas, em conformidade com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018).

Esta competência permitiu consolidar conhecimentos relacionados com a elaboração do diagnóstico de saúde, utilização de indicadores epidemiológicos, definição de prioridades em saúde e conceção de estratégias de intervenção ajustadas às necessidades da comunidade, sustentadas nos critérios previstos pela OE (2018, Regulamento n.º 428/2018).

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A competência associada ao processo de capacitação de grupos e comunidades foi desenvolvida através da participação em projetos de Saúde Escolar desenvolvidos na UCC de Anadia e na USP-SL de Águeda, bem como através das ações de educação para a saúde e formação dirigidas à comunidade educativa e outros grupos populacionais. As atividades realizadas nos projetos “Alinha-te”, “Dormir bem, crescer melhor”, “Ser pela vida, SBV”, “#TuDecides#”, “Sorri Dente”, “Bem comer. Mexer, Escovar, só custa começar”, “Na medida certa” e “+Contigo”, assim como as formações sobre diabetes mellitus dirigidas ao pessoal docente e não docente, permitiram consolidar competências relacionadas com a promoção da literacia em saúde, *empowerment*, participação comunitária, comunicação em saúde e adequação das intervenções às necessidades específicas da população. Estas intervenções enquadraram-se nos princípios da promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde, valorizando o trabalho em parceria e a capacitação das comunidades para a tomada de decisões informadas relativamente à sua saúde, como preconizado pela OE (2018, Regulamento n.º 428/2018).

Estas experiências possibilitaram-me desenvolver competências relacionadas com a mobilização de parceiros comunitários, planeamento e execução de programas de intervenção, utilização de estratégias de comunicação em saúde e adequação da informação às características e necessidades dos diferentes grupos e comunidades.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

A integração na coordenação e operacionalização de Programas de Saúde de âmbito comunitário concretizaram-se através da participação em diversas atividades desenvolvidas em contexto de UCC e USP, enquadradas nos programas prioritários de saúde e em conformidade com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2030. Neste âmbito, destacam-se a participação nas consultas de alcoologia, consultas de cessação tabágica, rastreio visual infantil, intervenção precoce, avaliação de necessidades educativas especiais e necessidades de saúde especiais, preparação para o parto e parentalidade, vacinação sazonal contra a gripe e COVID-19, vacinação no âmbito do Plano Nacional de Vacinação, vacinação BCG em grupos de risco, Consulta do Viajante e Consultas Respiratórias da Comunidade. Estas experiências possibilitaram-me desenvolver competências relacionadas com a implementação, monitorização e articulação de Programas de Saúde, gestão de recursos, trabalho intersetorial e promoção de ganhos em saúde na comunidade, de acordo com as orientações estratégicas nacionais em saúde pública (OE, 2018; Regulamento n.º 428/2018).

A participação em todas as atividades permitiu-me consolidar competências relacionadas com os processos de tomada de decisão, implementar e monitorizar Programas de Saúde, bem como otimizar os recursos e a articulação entre os serviços e as instituições da comunidade, conforme previsto nos critérios de avaliação definidos pela OE (2018, Regulamento n.º 428/2018).

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A competência relativa à vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico foi desenvolvida e consolidada através da participação em atividades relacionadas com a monitorização de fenómenos de saúde-doença, análise epidemiológica e vigilância em saúde pública desenvolvidas na USP-SL de Águeda. Destacam-se o contacto com o SINAVE, o acompanhamento de situações de vigilância epidemiológica, nomeadamente no

acompanhamento de casos confirmados e suspeitos de tuberculose, com envolvimento no rastreio e vigilância dos casos, a participação nas inspeções realizadas no âmbito do PVSEAS e o levantamento e análise de indicadores demográficos e epidemiológicos da população. Estas atividades foram o alicerce para o desenvolvimento e aprimoramento de competências relacionadas com a recolha, seriação e interpretação de dados epidemiológicos, utilização de indicadores em saúde, análise de necessidades populacionais e apoio à tomada de decisão em saúde pública, sustentadas na evidência científica e nas orientações da OE (2018, Regulamento n.º 428/2018).

Pelo exposto, posso reiterar que todas as experiências vivenciadas contribuíram para consolidar competências associadas à sistematização de indicadores epidemiológicos, monitorização de fenómenos de saúde-doença, interpretação de dados em saúde pública e utilização da evidência científica na análise e resposta a problemas de saúde da comunidade.

Conclusão

A elaboração deste relatório representa o culminar de um percurso formativo exigente, marcado por aprendizagens significativas, desafios constantes e um profundo processo de reflexão sobre a prática profissional. Mais do que um simples registo das atividades desenvolvidas, este documento traduz um caminho de crescimento pessoal e profissional, no qual se procurou integrar o conhecimento científico, a experiência prática e a reflexão crítica sobre o papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.

A realização dos estágios na UCC de Anadia e na USP-SL de Águeda constituiu uma oportunidade privilegiada para compreender, de forma concreta e holística, a abrangência da intervenção do EEEEC-ESCSP. Estes contextos possibilitaram desenvolver competências que ultrapassam a dimensão assistencial, pois integrou igualmente a promoção da saúde, a prevenção da doença, o planeamento em saúde, a capacitação das populações e a articulação com diferentes parceiros comunitários.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente que a prática do enfermeiro especialista se constrói na interseção entre conhecimento científico, sensibilidade humana e capacidade de intervenção estratégica. A proximidade com as pessoas, grupos e comunidades, a escuta ativa das suas necessidades e a articulação com diferentes atores sociais revelaram-se elementos fundamentais para a construção de respostas mais adequadas e sustentáveis. Neste sentido, a experiência de estágio permitiu solidificar uma visão mais ampla da saúde, compreendida não só como ausência de doença, mas como resultado da interação entre os determinantes sociais, económicos, culturais e ambientais.

O desenvolvimento do estudo de investigação sobre as necessidades formativas e as dimensões de *burnout* dos cuidadores formais de ERPI do concelho de Anadia foi um espaço potenciador de compreensão sobre os desafios enfrentados por estes profissionais no exercício das suas funções. Os resultados evidenciaram a complexidade do trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais, deveras marcado por elevadas exigências físicas e emocionais, a reforçar a necessidade de se investir na sua valorização profissional, na

formação contínua e na promoção de estratégias que contribuam para a prevenção do desgaste ocupacional. Este trabalho de investigação permitiu identicamente reconhecer a importância de cuidar de quem cuida. Os cuidadores formais desempenham um papel central na qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas, assumem funções que exigem competências técnicas, grande disponibilidade emocional e relacional e uma grande resiliência. Assim, promover o seu bem-estar, reforçar as suas competências e criar ambientes de trabalho mais saudáveis constitui um desafio prioritário para os sistemas de saúde e para as instituições que prestam cuidados de longa duração.

Ao longo deste percurso formativo, a reflexão crítica sobre a prática revelou-se uma condição primordial para o desenvolvimento profissional. Cada experiência vivida, cada dificuldade enfrentada e cada aprendizagem adquirida fortaleceram a consciência do papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança, capaz de intervir de forma informada, ética e comprometida com a melhoria da saúde das populações.

Por tudo o que foi exposto, este relatório representa o registo de um processo formativo e a afirmação de um compromisso profissional. Um compromisso com a promoção da saúde, com a defesa da dignidade das pessoas e com a construção de comunidades mais saudáveis, resilientes e solidárias. O caminho percorrido ao longo deste mestrado reforçou a convicção de que a enfermagem comunitária e de saúde pública constituem um espaço privilegiado de intervenção, onde o conhecimento, a proximidade e a ação se conjugam para produzir ganhos efetivos em saúde. É com esta consciência que termino este percurso académico: sabendo que, tal como quem semeia num campo vasto, o mais importante não é simplesmente o que já foi cultivado, mas tudo aquilo que ainda poderá florescer. Fica, assim, o compromisso com a promoção da saúde, com a defesa da dignidade das pessoas e com a construção de comunidades mais saudáveis, resilientes e solidárias.

Implicações para a prática

Os resultados deste estudo apresentam implicações relevantes para a prática profissional, particularmente no contexto das ERPI. A identificação de necessidades formativas autopercebidas em áreas importantes do cuidado, bem como a evidência de níveis diferenciados de *burnout* entre cuidadores formais, reforçam a necessidade de desenvolver estratégias organizacionais e formativas que promovam, simultaneamente, a qualidade dos cuidados e o bem-estar destes profissionais.

Neste contexto, o EEEEC-ESCSP é um agente de mudança, de capacitação de promoção de literacia em saúde. As suas competências permitem-lhe atuar de forma

estruturada no diagnóstico de necessidades em saúde, identificar fatores de risco associados ao *burnout* e lacunas formativas existentes entre os cuidadores formais que exercem funções em ERPI.

A partir deste diagnóstico, a intervenção do EEEEC-ESCSP poderá materializar-se através da implementação de programas estruturados de capacitação dos cuidadores formais, incluindo sessões de formação em áreas prioritárias do cuidar, sobre prevenção de úlceras por pressão, primeiros socorros e cuidados em fim de vida; supervisão clínica e auditorias à prática; bem como monitorização de indicadores de qualidade e avaliação do impacto das intervenções implementadas. Por outro lado, poderão ser promovidas estratégias de promoção da literacia em saúde sobre o *burnout* e o seu impacto, desenvolvimento de estratégias de *coping* e o reforço do apoio social e organizacional no contexto laboral. A intervenção deste enfermeiro especialista poderá ainda assumir um papel importante no planeamento estratégico de programas de promoção da saúde dirigidos aos cuidadores formais, contribuir para a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis e sustentáveis, no seio de uma equipa multidisciplinar. A implementação e a avaliação destas intervenções permitirão controlar o impacto das estratégias desenvolvidas e potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas.

Assim, termino com este pensamento:

“Quem cuida do outro toca sempre, de alguma forma, na humanidade inteira”.

Leonardo Boff (1999)

Referências bibliográficas

- Aboumatar, H., Chang, Y., & Pronovost, P. (2020). The role of home-based nursing care in reducing hospital readmissions. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000445>
- Aleo, G., Pagnucci, N., Walsh, N., Watson, R., Lang, D., Kearns, T., White, M., & Fitzgerald, C. (2024). The effectiveness of continuing professional development for the residential long-term care workforce: A systematic review. *Nurse Education Today*, 137, 106161. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106161>
- Almeida, A. (2023). *Unidade de Alcoologia de Coimbra comemora 60 anos*. <https://dependencias.pt/ficheiros/backoffice/files/UAC.pdf>
- Araújo, M. I. V., Duarte, A. C. M., Figueiredo, M. H. J. S., & Andrade, C. M. D. S. M. (2024). Transition to family parenting in the face of the first child: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5), e20230487. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0487>
- Armstrong, P., & Braedley, S. (2024). Surfacing gender: Designing care homes for women in all their diversity. *Social Sciences*, 13, 669. <https://doi.org/10.3390/socsci13120669>
- Bellanti, F., Lo Buglio, A., Capuano, E., Dobrakowski, M., Kasperczyk, A., Kasperczyk, S., Ventriglio, A., & Vendemiale, G. (2021). Factors Related to Nurses' Burnout during the First Wave of Coronavirus Disease-19 in a University Hospital in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 18, 5051. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105051>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra*. Vozes.
- Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*. World Health Organization.
- Conrod, P. J. (2016). Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Reports*, 3(4), 426–436. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0127-6>

- Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2018). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001606>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2.^a ed.). Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (Norma n.º 015/2015)*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal: Dados definitivos 2020*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa Nacional para a Tuberculose – Relatório e dados epidemiológicos*.
- European Commission. (2021). *Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations*. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_191
- Eurostat. (2025, fevereiro). *Population structure and ageing*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238, 204–212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>
- Fiorilli, C., Stasio, S., Benevene, P., Iezzi, D. F., Pepe, A., & Albanese, O. (2015). Copenhagen Burnout Inventory (CBI): A validation study in an Italian teacher group. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(4), 537–551. <https://doi.org/10.4473/TPM22.4>
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para Português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). (Master's thesis submitted to Faculty of Economy of University of Coimbra, Portugal). <http://hdl.handle.net/10316/18118>

- Geyskens, L., Khan, N., Declercq, A., Godderis, L., Heeren, P., Janssens, L., Özkan, Ş., Trybou, J., Vlaeyen, E., Zúñiga, F., Milisen, K., & Deschodt, M. (2026). Burnout levels among nursing home care workers and its associations with workplace and individual factors: Results from a multicenter cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 177, 105367. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105367>
- Guo, K., Zhou, L., Shang, X., Yang, C., E, F., Wang, Y., Xu, M., Wu, Y., Li, Y., Li, M., Yang, K., & Li, X. (2022). Varenicline and related interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 241, 109672. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109672>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Indicadores resumo sobre população*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&tipoSeleccao=1&userLoadSave=Load&userTableOrder=13053&xpgid=ine_indicadores&xpid=INE
- International Diabetes Federation. (2025). *Diabetes country report: Portugal (2000–2050)*. Diabetes Atlas. <https://diabetesatlas.org/data-by-location/country/portugal/>
- James, Y., Hermosura, B. J., Decady, R., & Bourgeault, I. L. (2025). Gender and healthcare leadership: Addressing critical knowledge gaps by explicitly considering the gendered concept of care. *Healthcare Management Forum*, 38(2), 141–147. <https://doi.org/10.1177/08404704241293947>
- Landgeist. (2024, April 13). *Daily alcohol consumption in Europe*. <https://landgeist.com/2024/04/13/daily-alcohol-consumption-in-europe/>
- Lorini, C., Buscemi, P., Mossello, E., Schirripa, A., Giammarco, B., Rigon, L., Albora, G., Giorgetti, D., Biamonte, M. A., Fattorini, L., Bruno, R. M., Giusti, G., Longobucco, Y., Ungar, A., & Bonaccorsi, G. (2023). Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia: Results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(1), 61–71. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02271-0>
- Low, Y. S., Bhar, S., & Almond, H. (2025). Perspectives of residential aged care staff on the management of occupational burnout: A qualitative interview study. *Geriatric Nursing*, 61, 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.11.016>
- Mahara, N., Anderson, J., & Deravin, L. M. (2024). Burnout in residential aged care managers: A scoping review. *Contemporary Nurse*, 60(2), 208–222. <https://doi.org/10.1080/10376178.2024.2327361>

- Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Burnout among direct-care workers in nursing homes during the COVID-19 pandemic in Spain: A preventive and educational focus for sustainable workplaces. *Sustainability*, 13(5), 2782. <https://doi.org/10.3390/su13052782>
- Martins, H. S., & Oliveira, C. A. (2023). Diabetes mellitus tipo 1 nas crianças e adolescentes – O desafio para além da doença. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 18(2), 86–89.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 2, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Melo, F. M. A. (2022). *Burnout nos cuidadores formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social – Mestrado em Gerontologia Social.
- Middleton, G., Matvienko-Sikar, K., Briley, A., Dutch, D., Morgillo, S., Anderson, J., Schranz, N., Margrie, F., Kirby, R., Golley, R. K., & Hunter, S. C. (2025). Supporting parents in the transition to parenthood through wellbeing interventions: An international scoping review. *Midwifery*, 142, 104296. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104296>
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion: Progress, problems, and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. <https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>
- Ouyang, Y., Cheng, C., Sun, Q., Chen, L., & Wang, L. (2025). Formal caregivers' knowledge, attitudes, and challenges in end-of-life care for people with advanced dementia: A qualitative study in Chinese nursing homes. *BMC Nursing*, 24(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03424-y>
- Pires, A. R. (2023). *Literacia em saúde e burnout dos cuidadores formais em contexto institucional: Revisão da literatura* [Relatório de estágio final, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu].
- PORDATA. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024->

06/Municípios Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos.xlsx

- PORDATA. (2024). *População residente: total e por grandes grupos etários – Municípios*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>
- Portal da Transparência. (2024). *Município de Anadia – indicadores demográficos*. Governo de Portugal. <https://transparencia.gov.pt/pt/municipios/bi-municipios/municipios/municipio/0103/>
- Portugal. (2008). *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 38.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2009). *Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril*. Diário da República, 2.ª série, n.º 74.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, n.º 26/2019, Série II, 6 de fevereiro de 2019, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, n.º 135/2018, Série II, 16 de julho de 2018, 19354–19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>
- Sahay, A., Willis, E., & Yu, S. (2024). Pressure injury education for older adults and carers living in community settings: A scoping review. *International Wound Journal*, 21(5), e14894. <https://doi.org/10.1111/iwj.14894>
- Sousa, S. M., Aguiar, V. F., Freitas, W. L., Sousa, N. L., Silva, E. C., Polaro, S. H., et al. (2024). Sobrecarga e fatores estressantes em cuidadores formais de instituições de longa permanência para pessoas idosas. *Enfermagem em Foco*, 15, e-202440. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202440>
- Vilelas, J. (2021). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.ª ed.). Edições Sílabo.

Wittenberg, E., et al. (2020). Health literacy. In *Caring for the family caregiver*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190055233.003.0002>

World Health Organization. (2019). Addressing health literacy in schools in the WHO European Region. *Public Health Panorama*, 5(2–3), 186–190.

World Health Organization. (2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 1*.

Zhang, Y., Jia, X., Yang, Y., Sun, N., Shi, S., & Wang, W. (2024). Change in the global burden of depression from 1990–2019 and its prediction for 2030. *Journal of Psychiatric Research*, 178, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.054>

Bilwal, V. (2021). *Copenhagen Burnout Inventory and Zarit Burden Interview in formal caregivers: Exploratory and confirmatory factorial analysis* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Universidade de Lisboa.

Silva, A. F. O., Barbosa, G. C., Monteiro, D. Q., Martins, G., & Grato, A. C. M. (2024). Perception of stress, Burnout syndrome and coping strategies in caregivers of institutionalized older adults: a correlation study. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 32, e3864. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO398138642>

Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados



Questionário aos Cuidadores Formais das Estruturas Residenciais para Idosos do concelho de Anadia

Caro Cuidador Formal,

Chamo-me Helena Rodrigues, sou estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver o meu Relatório Final, sob a orientação da Professora Doutora Ana Andrade e da Enfermeira Especialista e Mestre Silvana Marques.,

Neste estudo pretendemos identificar e caracterizar as necessidades formativas autopercebidas e os níveis de *burnout* em cuidadores formais, a desempenhar funções em ERPI, do concelho de Anadia. Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração no preenchimento do presente Questionário.

As questões deverão ser respondidas por si, de forma honesta e de acordo com a sua opinião, não existindo respostas certas ou erradas. É importante responder a TODAS as questões

As respostas são totalmente **anónimas** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua **confidencialidade**, sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Helena Rodrigues

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Idade: _____ (anos)

3. Estado Civil:

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a

☐ Divorciado/a ou Separado/a

☐ Viúvo/a

☐ União de facto

4. Tem filhos?

☐ Não

☐ Sim

Se Sim, quantos filhos tem? _____ filhos



5. Tem outros dependentes a seu cargo?

☐ Não ☐ Sim

Se Sim, quantos e qual o parentesco _____

5.1. Se respondeu “Sim”, indique o grau de parentesco e quantos (pode selecionar mais do que uma opção):

☐ Filhos

☐ Netos

☐ Pais

☐ Avós

☐ Outros (especificar): _____ Número total de dependentes: _____

6. Qual o seu nível de escolaridade?

☐ Não Sabe ler nem escrever

☐ Sabe ler e escrever

☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (1º- 4º Ano/Antiga 4ª Classe)

☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º- 6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)

☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º- 9º Ano/Curso Geral dos Liceus)

☐ Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus)

☐ Curso técnico-profissional ou equivalente

☐ Bacharelato / Licenciatura

☐ Mestrado/Doutoramento

7. Qual a sua área de residência?

☐ Rural ☐ Urbana

8. Distância ao local de trabalho:

☐ A uma distância possível de ir a pé

☐ Até 10 minutos de carro/autocarro

☐ Até 30 minutos de carro/autocarro

☐ Até 1 hora de carro/autocarro

☐ A mais de 1 hora de carro/autocarro

9. Tem alguma doença ou incapacidade?

☐ Não ☐ Sim

Se Sim, Qual(ais)? _____

II PARTE – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO

10. Categoria Profissional _____

11. Funções desempenhadas na Instituição: _____

12. Qual o seu tipo de contrato?

- ☐ 1 Contrato de trabalho a termo certo
☐ 2 Contrato sem termo
☐ 3 A Termo Incerto
☐ 4 Trabalho temporário
☐ 5 Contrato de trabalho de muita curta duração (até 35 dias)
☐ 6 Prestação de serviços
☐ 7 Contrato de trabalho a tempo parcial

13. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes)

- ☐ 1 Menos de um ano
☐ 2 Entre 1 e 5 anos
☐ 3 Entre 5 a 10 anos
☐ 4 Mais de 10 anos

14. Quantas horas trabalha por semana? ____

15. Trabalha por turnos?

- ☐ 1 Não ☐ 2 Sim

16. No último ano faltou ao serviço?

- ☐ 1 Nunca/raramente
☐ 2 Algumas vezes
☐ 3 Bastantes vezes

17. Se pudesse, mudaria de profissão?

- ☐ 1 Não ☐ 2 Sim

18. Tem outra atividade profissional?

- ☐ 1 Não ☐ 2 Sim



19. Realizou formação profissional na área da gerontologia/envelhecimento antes de vir trabalhar para esta Instituição?

☐ Não ☐ Sim

20. A Instituição em que trabalha disponibiliza formação contínua?

☐ Não ☐ Sim

21. Qual(ais) área(s) em que tem formação?

☐ Processo de envelhecimento

☐ Normas de higiene, saúde e segurança no trabalho (equipamentos de proteção individual...)

☐ Primeiros socorros

☐ Cuidados humanos básicos (higiene...)

☐ Cuidados específicos de saúde (oxigenoterapia, nebulizações, Bipap...)

☐ Técnicas de mobilização, posicionamento e transferência

☐ Gestão terapêutica

☐ Prevenção de úlceras de pressão/ feridas

☐ Nutrição e hidratação (sonda nasogástrica, problemas de deglutição...)

☐ Necessidades de sono

☐ Prevenção de riscos e acidentes (quedas, má nutrição, desidratação, obstipação/ diarreia, incontinência, infeção urinária...)

☐ Higiene e conforto (limpeza e arrumação dos espaços, tratamento de roupa...)

☐ Saúde Mental (depressão, demência...)

☐ Sexualidade

☐ Animação e lazer

☐ Morte (cuidados em fase terminal, luto...)

☐ Gestão emocional

☐ Outros. Quais? _____

22. Considera que a formação que tem é adequada para realizar as suas funções?

☐ Não ☐ Sim

23. Considera que a formação que tem é suficiente para realizar as suas funções?



1 ☐ Não 2 ☐ Sim

24. Tem o hábito de procurar formação na área do envelhecimento e prestação de cuidados de saúde?

1 ☐ Não 2 ☐ Sim

25. Costuma ler ou pesquisar sobre temas relacionados com a sua área de trabalho?

1 ☐ Não 2 ☐ Sim

26. Costuma trocar ideias/ experiências com outros profissionais?

1 ☐ Não 2 ☐ Sim

Fonte:

Figueiredo (2021)

*(Utilizado com
autorização para fins académicos)*

III PARTE – QUESTIONÁRIO DE COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY – PT (CBI - PT) - Versão portuguesa (Cesaltino Fonte).

Síndrome de *Burnout*: refere-se à forma como os indivíduos reagem ao stress crónico no trabalho, integrando atitudes e sentimentos negativos quer em relação às pessoas com as quais trabalham quer em relação ao seu próprio papel profissional.

Burnout pessoal

Avalia o grau de exaustão física, psicológica e da exaustão experienciada por si

Burnout pessoal	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
1. Com que frequência se sente cansado/a?					
2. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?					
3. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?					
4. Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?					
5. Com que frequência se sente fatigado/a?					
6. Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?					

Burnout relacionado com o trabalho

Analisa o grau de fadiga física e psicológica e a exaustão que é percebida por si em relação ao seu trabalho

Burnout relacionado com o trabalho	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. O seu trabalho é emocionalmente desgastante?					
2. Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?					
3. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?					
4. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?					
5. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?					
6. Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?					
	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?					

Burnout relacionado com o Cliente

Avalia o grau de fadiga física e psicológica e de exaustão que é percebido por si como relacionado com o trabalho com os utentes.

Burnout relacionado com o Cliente	Muito	Bastante	Assim, assim	Pouco	Muito pouco
1. Acha difícil trabalhar com utentes?					
2. Acha frustrante trabalhar com utentes?					
3. Trabalhar com clientes deixa-o/a sem energia?					
4. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?					
	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
5. Está cansado de trabalhar com utentes?					
6. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?					

(2011)

Fonte: Fonte

(Utilizado com
autorização para fins académicos)

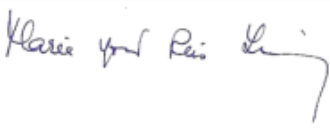
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do IPV



(parecer_versão004.19.02.21)

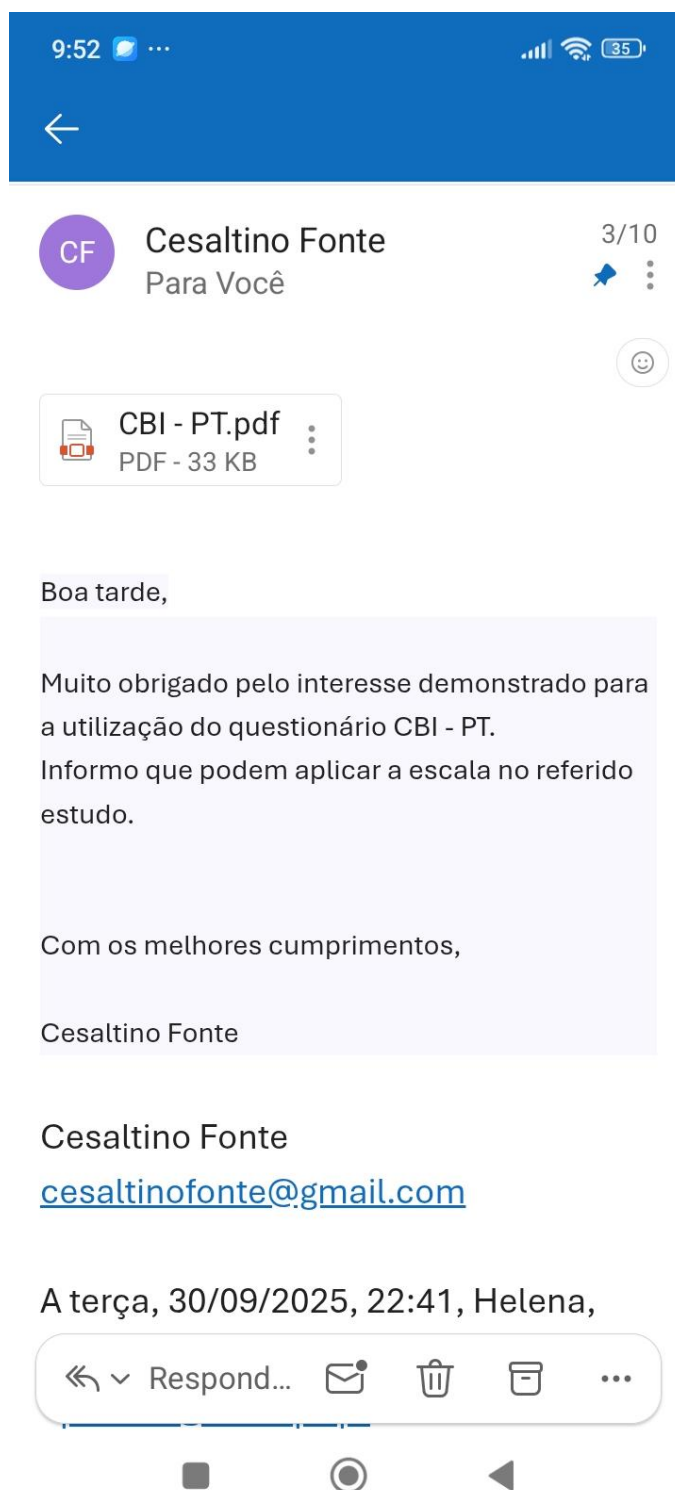
COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Necessidades formativas e burnout nos cuidadores formais de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do concelho de Anadia
Proponentes do projeto	Helena Isabel Almeida Rodrigues
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Ana Andrade
Data de submissão	21/10/2025
Data da aprovação do parecer	30/10/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 47/SUB/2025

☒ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações

Anexo III – Autorização do autor da escala CBI

Anexo VI – Autorização do autor do Questionário Sociodemográfico

