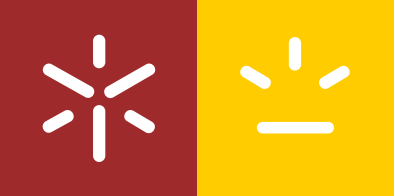


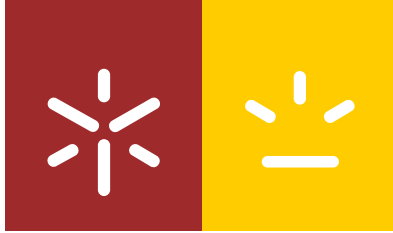


Alexandra Filipa Loureiro Costa e Silva

**Programas de Enfermagem de Reabilitação
Promotores da Capacitação do Cuidador**

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem





Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Alexandra Filipa Loureiro Costa e Silva

**Programas de Enfermagem de Reabilitação
Promotores da Capacitação do Cuidador**

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Pereira Machado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Ao Gabinete de Cinesiterapia Respiratória, ao Serviço de Cardiologia, ao Serviço de Ortopedia, e ao Serviço de Pediatria e Neonatologia, pela oportunidade dada para a realização destes estágios de natureza profissional.

A todas as equipas de profissionais que trabalham diariamente nestas unidades, pelo acolhimento e disponibilidade.

Ao Professor Fernando Petronilho, à Professora Manuela Machado e à Professora Lisa Gomes, da Universidade do Minho, pela disponibilidade e orientações.

Às enfermeiras tutoras, Enfermeira Paula Costa, Enfermeira Ana Vermelho, Enfermeira Sandra Mesquita e Enfermeira Sara Durães, pela dedicação na orientação e transmissão de conhecimentos. Pela disponibilidade demonstrada e pela contribuição para o desenvolvimento das minhas competências, a nível pessoal e profissional.

Com todo o meu amor e gratidão, ao meu querido marido e às minha adoradas filhas. Obrigada por estarem ao meu lado, pela partilha das minhas alegrias e por me ampararem nas tristezas, ao longo deste percurso. Pelo apoio incondicional, pela amizade sincera, pelo carinho acolhedor e pelo amor que sempre me fortalece. E, acima de tudo, pelos preciosos momentos felizes que juntos construímos e que tanto me enchem a vida de significado.

À restante família, o meu sincero agradecimento pelo apoio, pelas palavras de incentivo e pela presença discreta, mas sempre sentida. O vosso carinho foi também uma força importante neste percurso.

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

PROGRAMAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORES DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

RESUMO

O envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crónicas têm aumentado a necessidade de cuidados de longa duração prestados no domicílio, frequentemente assumidos por cuidadores informais. Tornar-se cuidador de forma inesperada implica desafios significativos, exigindo uma rápida adaptação. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na capacitação dos cuidadores, promovendo cuidados seguros, eficazes e humanizados.

Este relatório analisa e reflete sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, desenvolvidas nos quatro contextos do Estágio de Natureza Profissional, e integra uma *scoping review* centrada nos programas de Enfermagem de Reabilitação que visam capacitar cuidadores informais. A revisão, conduzida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e com base na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), incluiu 14 estudos de diversas bases de dados.

Os programas identificados, predominantemente implementados no domicílio, focaram-se em cuidados pós-AVC, doenças cardíacas, lesões neurológicas e défices no autocuidado. As intervenções mais eficazes combinaram o ensino teórico, treino prático supervisionado e apoio emocional, recorrendo a ferramentas educativas e jogos digitais. Verificaram-se melhorias na funcionalidade dos utentes e na redução da sobrecarga dos cuidadores. Os instrumentos de avaliação mais utilizados foram a Escala de Zarit, o QASCI, a ENCS e a NACI.

Conclui-se que a capacitação do cuidador informal é essencial para a continuidade dos cuidados, sendo os programas de Enfermagem de Reabilitação uma estratégia eficaz. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel central na identificação das necessidades, na implementação de intervenções e na promoção da autonomia do cuidador e do utente.

Palavras-chave: capacitação; competências; cuidador; programas de reabilitação; *scoping review*.

REHABILITATION NURSING PROGRAMS PROMOTING CAREGIVER EMPOWERMENT

ABSTRACT

The aging population and the growing prevalence of chronic diseases have increased the need for long-term care provided at home, often by informal caregivers. Becoming a caregiver unexpectedly poses significant challenges, requiring rapid adaptation. In this context, the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing plays a key role in training caregivers, promoting safe, effective, and humane care.

This report analyzes and reflects on the common and specific competencies of nurses specializing in rehabilitation nursing, developed in the four contexts of the Professional Internship, and includes a scoping review focused on rehabilitation nursing programs that aim to train informal caregivers. The review, conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and based on the PCC (Population, Concept, and Context) mnemonic, included 14 studies from various databases.

The programs identified, predominantly implemented at home, focused on post-stroke care, heart disease, neurological injuries, and self-care deficits. The most effective interventions combined theoretical teaching, supervised practical training, and emotional support, using educational tools and digital games. Improvements were seen in the functionality of users and in the reduction of caregiver burden. The most commonly used assessment tools were the Zarit Scale, the QASCI, the ENCS, and the NACI.

It was concluded that the empowerment of informal caregivers is essential for continuity of care, with rehabilitation nursing programs being an effective strategy. The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing plays a central role in identifying needs, implementing interventions, and promoting the autonomy of the caregiver and the user.

Keywords: caregiver; competencies; empowerment; rehabilitation programs; scoping review.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	5
2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS 9	
2.1 Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	10
2.2 Domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	18
3. NOTA FINAL	30
PARTE II – PROGRAMAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORES DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR / REHABILITATION NURSING PROGRAMS PROMOTING CAREGIVER EMPOWERMENT	32
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
1.1 O Cuidador	37
1.2. O Cuidador e o EEER	39
1.3 Programas de Reabilitação	42
2. METODOLOGIA	46
2.1. Questão de Scoping Review e Objetivos	46
2.2. Critérios de inclusão no estudo	46
2.3. Estratégia de Pesquisa	47
2.4. Seleção dos estudos e extração dos dados	50
3. RESULTADOS	52
3.1 Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador	52
3.2 Contextos de aplicação dos Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador	58
3.3 Domínios da funcionalidade em que são aplicação os Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador	58
3.3 Instrumentos de Avaliação da Capacitação do Cuidador	59
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
4.1 Limitações do Estudo	66
5. NOTA FINAL	68
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura

Figura 1: Fluxograma PRISMA adaptado às scoping reviews	51
---	----

Tabelas

Tabela 1: Estratégia de pesquisa	48
Tabela 2: Estudos selecionados	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas:

p. – página

Siglas:

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ASIA – American Spinal Injury Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CADIE-IN – Programa de Capacitação da Pessoa com Doença Cardíaca Isquémica para o Exercício Físico (em meio hospitalar)

CADIE-OUT – Programa de Capacitação da Pessoa com Doença Cardíaca Isquémica para o Exercício Físico (após a alta)

CAT – COPD Assessment Test

CI – Cuidador Informal

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPINE2025 – Congresso Internacional sobre Projetos de Intervenção no Envelhecimento

DANS – Data Station Life Sciences

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EFS-VM – Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral – Versão Modificada

ENCS – Elderly Nursing Core Set

EUA – Estados Unidos da América

FC – Familiar Cuidador

GUSS – Gugging Swallowing Screen

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

JBI – Joanna Briggs Institute

LCT – Lesão cerebral traumática

LVM – Lesão vertebro-medular

LVM – Lesões vertebro-medulares

MeSH – Medical Subject Headings

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

MRC – Medical Research Council

NACI – Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, Conceito e Contexto

PIOMI – Premature Infant Oral Motor Intervention

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

PRISMA-ScR – PRISMA for Scoping Reviews

QASCI – Questionário de Avaliação das Necessidades de Cuidadores Informais

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

SOS – Administrar se necessário ou em caso de urgência

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SUS – System Usability Scale

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

UCINEOPED – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos

UIC – Unidade Intermédia de Cardiologia

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

“A Enfermagem de Reabilitação não é apenas ajudar alguém a voltar a andar, mover-se ou cuidar-se. É estar presente no reencontro da pessoa com a sua própria autonomia, dignidade e esperança.”

Autor desconhecido

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente trabalho enquadra-se no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Universidade do Minho, constituindo-se como requisito para a conclusão da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no plano curricular do 1º semestre do 2º ano. Este trabalho final contempla, por um lado, a descrição, análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, com vista à aquisição e consolidação de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação; por outro, inclui a realização de um estudo de investigação, em conformidade com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (2021), com vista à obtenção do grau de Mestre.

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado em vários contextos hospitalares e direcionado para a prestação de cuidados à pessoa com alterações dos processos: neurológico, respiratório, cardíaco e musculoesquelético, ao longo do ciclo da vida. Assim, decorreram em quatro contextos distintos, nomeadamente, num gabinete de Cinesiterapia Respiratória, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Cardiologia, num Serviço de Ortopedia, e numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos e internamento de Pediatria, de hospitais da região norte do país, no período de 3 de fevereiro a 22 de junho de 2025, sob a orientação das enfermeiras tutoras dos diversos contextos de estágio.

O perfil do enfermeiro especialista é determinado por um conjunto de competências técnicas, comportamentais e de conhecimento aprofundado em áreas específicas da enfermagem. Este profissional é responsável por oferecer cuidados complexos e diferenciados, direcionados a pessoas que necessitam de atenção específica, seja em ambientes hospitalares, outras unidades de saúde especializadas ou na comunidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...), em que se assegura (...) que possuem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 4744).

Assim, o Estágio de Natureza Profissional, pela sua envolvimento no contexto prático do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), revela-se um elemento fundamental no favorecimento da autonomia e na aquisição das competências subjacentes ao papel do enfermeiro

especialista. Estando inserido numa equipa multidisciplinar, orientada para a prestação de cuidados à pessoa e família que enfrenta uma alteração da sua situação de saúde ou processo de transição, é possível desenvolver a intervenção do EEER e aprimorar competências relacionais, comunicacionais e técnicas na área da Enfermagem de Reabilitação.

Por conseguinte, o principal objetivo deste trabalho consiste na elaboração de um relatório de estágio que integre a descrição, análise e reflexão crítica da prática em contexto da Enfermagem de Reabilitação, bem como a realização de um estudo de investigação, orientando-se pelos seguintes objetivos específicos:

- Descrever as atividades desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional, evidenciando a aplicação de conhecimentos e competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações dos processos: neurológico, respiratório, cardíaco e musculoesquelético, ao longo do ciclo da vida;
- Efetuar a análise e reflexão crítica sobre a prática profissional realizada, identificando os desafios, as aprendizagens e os contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver um estudo de investigação centrado num tema pertinente à Enfermagem de Reabilitação, fundamentado em evidência científica e sustentado por uma metodologia rigorosa;
- Contribuir para a consolidação do conhecimento científico e para a melhoria da prática clínica, nomeadamente no que respeita à capacitação dos cuidadores e ao papel do EEER.

Relativamente à estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. A Parte I diz respeito à descrição das competências de Enfermagem de Reabilitação adquiridas no decorrer do Estágio de Natureza Profissional, caracterizando os diversos contextos de estágio e descrevendo as atividades desenvolvidas para cada domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEER. Por fim, apresenta-se uma nota final relativa ao desenvolvimento das competências desenvolvidas na componente clínica. A Parte II corresponde à componente de investigação, tratando-se de uma *scoping review*, onde o principal objetivo é mapear a evidência científica sobre os programas de Enfermagem de Reabilitação promotores da capacitação do cuidador. Esta, organiza-se em quatro capítulos. O primeiro é dedicado ao enquadramento teórico, abordando os programas de Enfermagem de Reabilitação, com especial destaque para o papel do EEER e do cuidador. Explora-se, ainda, a importância da implementação de programas específicos na capacitação dos cuidadores, assim como os desafios e barreiras associados a esta implementação. O

segundo capítulo apresenta o enquadramento metodológico, no qual são descritos a questão de investigação, os critérios de inclusão e a estratégia de pesquisa adotada. O terceiro capítulo contempla a apresentação dos resultados. O quarto capítulo evidencia a discussão dos resultados obtidos. Por fim, apresenta-se uma nota final, na qual se sintetizam as principais conclusões da *scoping review*. Termina-se com uma conclusão final que integra os principais contributos das duas componentes, clínica e de investigação, seguida das referências bibliográficas que fundamentam e sustentam teoricamente este trabalho.

PARTE I – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório, foi realizado em vários contextos hospitalares e direcionado para a prestação de cuidados à pessoa com alterações dos processos: neurológico, respiratório, cardíaco e musculoesquelético, ao longo do ciclo da vida. Assim, decorreu em quatro contextos distintos, nomeadamente, num gabinete de Cinesiterapia Respiratória, de 3 de fevereiro a 16 de março de 2025; numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Cardiologia, de 17 de março a 13 de abril de 2025; num Serviço de Ortopedia, de 22 de abril a 18 de maio de 2025; e, por fim, numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos e internamento de Pediatria, de 19 de maio a 22 de junho de 2025.

Cada um destes contextos proporcionou experiências únicas e valiosas, permitindo uma compreensão abrangente das diferentes abordagens e intervenções necessárias para atender às necessidades específicas dos utentes. A seguir, detalham-se as particularidades de cada um dos contextos clínicos.

▪ Gabinete de Cinesiterapia Respiratória da ULS de Braga

O gabinete de Cinesiterapia Respiratória é uma unidade especializada na prestação de cuidados respiratórios em regime de ambulatório. Este serviço destina-se a utentes com patologias respiratórias diversas, como doenças pulmonares crónicas, asma, bronquite, entre outras, e tem como principais objetivos melhorar a função respiratória, aliviar sintomas como a dispneia e tosse, e promover a autonomia através da capacitação para o autocuidado no domicílio.

O espaço está organizado em duas unidades de atendimento e desenvolve atividades como a avaliação da função pulmonar, a aplicação de técnicas de desobstrução das vias aéreas, ensino sobre o uso correto de inaladores e dispositivos médicos, e implementação de programas de reabilitação respiratória personalizados.

A equipa é composta por EEER, uma técnica auxiliar de saúde e outros profissionais de saúde que asseguram cuidados integrados. Diariamente, são escalados dois EEER por turno (manhã e tarde) durante os dias úteis. Aos sábados, a equipa conta com três EEER de manhã, enquanto aos domingos e feriados são escalados dois EEER de manhã, sendo necessário recorrer ao acréscimo de EEER dos internamentos para garantir a cobertura adequada durante esses períodos. Os EEER assumem a responsabilidade de planejar, executar e avaliar os cuidados de cinesiterapia respiratória, assegurar o

atendimento telefónico ao utente e gerir o agendamento e frequência dos tratamentos, tanto em regime de ambulatório como em apoio aos serviços de internamento durante os fins de semana e feriados.

Durante o estágio, os utentes atendidos apresentaram uma variedade de diagnósticos médicos, incluindo doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência respiratória tipo 1 e tipo 2, bronquiectasias, atelectasias, pneumonias, asma, derrames pleurais, discinesia ciliar, bronquiolites, sequelas pulmonares de quimiotórax, receções de partes de lobos pulmonares, fraturas das costelas com contusão pulmonar, síndrome de ruminação, esclerose lateral amiotrófica, e uma série de síndromes (*Rett*, *Werdnig-Hofmann*, *West*, entre outros) que provocam alterações neuromusculares e comprometimento ventilatório. A intervenção do EEER revelou-se essencial na promoção da ventilação eficaz, na prevenção de complicações respiratórias e no apoio à gestão da doença, reforçando o papel da Enfermagem de Reabilitação na continuidade e qualidade dos cuidados.

▪ **Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Cardiologia**

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCIC) e Intermédios de Cardiologia (UIC) integra vários setores especializados, como unidades de internamento, laboratórios de diagnóstico e intervenção, hospital de dia e consulta externa. Presta cuidados diferenciados a doentes com patologias cardiovasculares agudas e crónicas, como enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias, entre outras, exigindo vigilância contínua e intervenções específicas. Dispõem de recursos tecnológicos avançados, como sistemas de monitorização hemodinâmica e cerebral, dispositivos de assistência ventricular, ecógrafos, sistemas de *pacing* e equipamentos de suporte avançado de vida.

A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação é assegurada por enfermeiros especialistas, diariamente, durante o turno da manhã. A intervenção do EEER centra-se na promoção da recuperação funcional, controlo dos fatores de risco, educação para o autocuidado e reabilitação cardíaca e respiratória, durante o internamento. No que respeita à reabilitação cardíaca após a alta, existe a consulta de Enfermagem de Reabilitação cardíaca para o doente com insuficiência cardíaca, que se realiza às segundas, quartas e sextas-feiras, no hospital de dia, e que promove o acompanhamento de sintomas do doente e o controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Esta consulta realiza-se entre os 8 a 15 dias após a alta do internamento hospitalar, aos 3 meses, aos 6 meses e aos 12 meses, contemplando teleconsultas entre as consultas presenciais.

Ao longo das 4 semanas de estágio, foram acompanhados utentes com diversas patologias cardíacas, incluindo doença isquémica (enfartes agudos do miocárdio, angina instável, angina estável),

insuficiência cardíaca, cardiopatias de stress (Takotsubo, Minoca), cardiopatias valvulares (estenose aórtica severa, insuficiência mitral e tricúspide), e outras condições complexas, submetidos a intervenções como colocação de implantes valvulares por via percutânea, colocação de dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis e cateterismos cardíacos de diagnóstico e de tratamento com colocação de Stents. Alguns doentes aguardavam a realização de cirurgia de revascularização miocárdica, sendo transferidos para o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica no dia da cirurgia ou no dia prévio à mesma. A atuação do EEER revelou-se essencial na melhoria da funcionalidade, prevenção de complicações e capacitação do utente para a gestão da sua doença.

▪ **Serviço de Ortopedia**

O Serviço de Ortopedia dedica-se à avaliação e tratamento de patologias do sistema músculo-esquelético, com foco em cuidados cirúrgicos diferenciados, tanto em regime de internamento como em ambulatório. A unidade atende uma variedade de casos ortopédicos e traumatológicos, incluindo fraturas complexas, patologia degenerativa articular, e traumatizados vertebro-medulares.

Subdivide-se em duas áreas distintas: a área de internamento, composta por três alas, e a área de consulta, que se divide em consulta de Ortopedia Adultos e consulta de Ortopedia Pediátrica. Cada ala de internamento conta com uma EEER, no turno da manhã, durante os dias úteis. O presente estágio decorreu numa das alas de internamento, tendo, no entanto, nos primeiros quinze dias, sido assegurados cuidados de reabilitação em duas alas em simultâneo, devido à ausência por férias da EEER da ala adjacente.

Durante o estágio, os utentes internados apresentaram diagnósticos como fraturas ósseas, fraturas expostas ou fechadas; infeções protésicas; artroses; hérnias discais; roturas tendinosas, artrites sépticas e osteomielites. Foram submetidos a procedimentos cirúrgicos como osteossínteses, artroplastias, artrodeses, tratamentos conservadores com imobilizações gessadas ou talas e trações esqueléticas. A intervenção do EEER é crucial para a mobilização precoce, treino de marcha, prevenção de complicações, educação para o autocuidado e capacitação do cuidador, promovendo a autonomia e a reintegração do utente no seu contexto de vida.

▪ **Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos e Internamento de Pediatria**

A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos (UCINEOPED) e Internamento de Pediatria prestam cuidados de saúde a recém-nascidos, crianças e adolescentes, garantindo cuidados de urgência pediátrica e neonatal 24 horas por dia.

A equipa de profissionais inclui médicos, enfermeiros, enfermeiros especialistas, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde. A EEER da Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos e Neonatais assegura a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na respetiva unidade e no internamento de Pediatria, nos dias úteis, das 8h00 às 15h00.

Ao longo do estágio, os recém-nascidos, os bebés e as crianças internados apresentaram uma variedade de diagnósticos médicos, incluindo sépsis, infeções respiratórias, traumatismos crânio-encefálicos, icterícia, restrição de crescimento intrauterino e, maioritariamente, situações associadas à prematuridade. O papel do EEER nestes serviços é fundamental na promoção do desenvolvimento neuropsicomotor e na prevenção de complicações. Este, atua através da avaliação precoce, estimulação motora e sensorial, posicionamento terapêutico, apoio à função respiratória, promoção da alimentação oral segura e orientação às famílias. Articula-se com a equipa multidisciplinar, contribuindo para cuidados individualizados e centrados na criança e na família, desde a hospitalização até à alta.

2. ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação geram ganhos adicionais em saúde que se refletem na redução da procura dos serviços de saúde, nomeadamente das urgências, na diminuição do número e duração de internamentos hospitalares e nos custos associados. Promovem maior independência das pessoas e das famílias, além de prevenirem complicações relacionadas à inatividade, como úlceras por pressão, infeções respiratórias e urinárias, deformidades osteoarticulares e perda de tónus muscular. Contribuem ainda para a redução do uso de medicamentos, aumento da adesão ao tratamento, menor dependência funcional e social, redução da mobilidade e dos custos com apoios sociais e cuidados domiciliários. Além disso, favorecem a adaptação do ambiente e a capacitação dos utentes, promovendo uma reintegração mais efetiva no contexto familiar e social, com menor impacto socioeconómico (APER, 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019b), o enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito das diferentes áreas de especialidade em enfermagem. Este profissional detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, considerando as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza de forma integrada para intervir nos diversos contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), atualizados pela Ordem dos Enfermeiros em 2018, constituem um referencial orientador da prática profissional dos enfermeiros especialista em reabilitação. Estes padrões asseguram cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. São oito os padrões enunciados: Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado, Readaptação Funcional, Reeducação Funcional, Promoção da Inclusão Social e Organização dos Cuidados de Enfermagem. Visam explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da Enfermagem de Reabilitação, servindo como referência comum para os enfermeiros e como garantia de qualidade para as pessoas cuidadas.

O presente capítulo apresenta uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, tendo como referência os objetivos estabelecidos no Guia Orientador. Estes, orientaram a aprendizagem em contextos reais da prática profissional, permitindo integrar

conhecimentos técnicos e teóricos em diferentes realidades institucionais. A reflexão desenvolve-se em torno dos quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e dos três domínios das Competências Específicas do EEER, de acordo com os respetivos regulamentos (nº 140/2019; nº 392/2019), e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2018), destacando as adaptações realizadas e o impacto na formação profissional como EEER.

2.1 Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista abrangem diversas dimensões, nomeadamente a educação dos clientes e dos pares, a orientação, o aconselhamento e a liderança. Incluem ainda a responsabilidade de interpretar, divulgar e aplicar investigação relevante, contribuindo assim para o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Estas competências orientam o desempenho profissional do enfermeiro com título de especialista, independentemente da sua área específica de especialização. Os seguintes domínios estão definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2019a), no Regulamento nº 140/2019 e estabelecem padrões de qualidade, segurança, ética e excelência que todos os enfermeiros especialistas devem demonstrar e aplicar na sua prática.

▪ Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No decurso do estágio realizado nos vários contextos foi possível consolidar e aprofundar competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, conforme preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, Ordem dos Enfermeiros). O desempenho da prática clínica desenvolveu-se de forma alinhada com os princípios orientadores do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1996), bem como dos Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b). Em cada contexto, procurou-se assegurar uma atuação profissional pautada pelo respeito pelos direitos das pessoas cuidadas, pela defesa da sua dignidade e autonomia, e pela equidade no acesso e prestação de cuidados, independentemente da idade, condição clínica ou contexto sociocultural.

Garantiu-se a obtenção do consentimento informado de forma adequada a cada situação, especialmente relevante no contexto pediátrico e neonatal, onde foi necessária uma comunicação

eficaz com os representantes legais, respeitando o princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2013). Assegurou-se, de forma contínua, a confidencialidade da informação clínica e a preservação da privacidade das pessoas cuidadas, conforme preconizado nos princípios ético-deontológicos da profissão.

As intervenções foram realizadas dentro dos limites da competência profissional, em conformidade com a legislação e regulamentação profissional vigentes. Articulou-se com a equipa multidisciplinar e suportaram-se as tomadas de decisão com base no conhecimento adquirido na componente teórica do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, no cumprimento de protocolos institucionais e na prática baseada na evidência, de forma a garantir uma conduta ética, responsável e legalmente sustentada. Esta conduta vai ao encontro do preconizado por Carpenito (2022), que defende que a tomada de decisão deve ser fundamentada e dentro do âmbito da competência profissional.

Durante a prática das atividades do EEER, é fundamental que este reconheça que o tempo disponível para intervenção direta com a pessoa é limitado. A incorporação dos princípios éticos na prática clínica implica a promoção da justiça, equidade e respeito pelos direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Por esse motivo, incorporaram-se na prática os princípios fundamentais da bioética: justiça, beneficência, não maleficência e autonomia, conforme definido por Beauchamp & Childress (2013). Assim, ao capacitar o utente e a família/cuidador para a continuidade do plano terapêutico, através de intervenções como o treino de marcha, as mobilizações articulares ativas ou a estimulação cognitiva, garantiu-se a implementação de cuidados consistentes, otimizando os resultados em saúde.

Reconheceu-se a relevância das competências inerentes à Especialidade de Enfermagem de Reabilitação no reforço de uma prática profissional eticamente exigente e legalmente sustentada. Nos contextos da Cardiologia e Ortopedia, verificou-se que a equipa de enfermagem recorre frequentemente aos enfermeiros especialistas em reabilitação para validar e orientar as suas intervenções, especialmente em situações menos habituais no serviço, tendo sido constante o envolvimento na definição dos ensinamentos a transmitir no momento da alta, por exemplo. Esta prática corrobora o que é referido por Reis et al. (2021), ao afirmarem que os EEER devem possuir “uma capacidade de avaliação mais acurada, de diagnóstico mais específico, de previsão sobre os resultados mais realista, de planeamento e implementação de cuidados mais personalizados” (p. 154). Assim, entende-se que os objetivos previstos para este domínio foram alcançados, contribuindo para uma prática profissional centrada na pessoa e sustentada por princípios éticos e legais.

▪ **Domínio da melhoria contínua da qualidade**

No âmbito das competências associadas ao domínio da melhoria contínua da qualidade, procurou-se, ao longo dos diferentes contextos de estágio, desenvolver uma prática de enfermagem especializada, baseada na evidência científica e na avaliação crítica dos cuidados prestados. Procurou-se garantir intervenções seguras, eficazes e adaptadas às necessidades individuais da pessoa e da sua rede de apoio, através de planos de cuidados ajustáveis e monitorizados de forma contínua.

Para isso, implementaram-se instrumentos de avaliação validados, como a escala de Barthel, a escala de Rankin Modificada, a escala de Braden, entre outras, que sustentaram o diagnóstico funcional e a tomada de decisão clínica. A avaliação sistemática da eficácia dos programas de reabilitação permitiu a redefinição oportuna das intervenções, assegurando a continuidade de cuidados orientados para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, conforme preconizado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016), a utilização de instrumentos de colheita de dados validados revela-se fundamental para quantificar e evidenciar os resultados decorrentes da intervenção do EEER, bem como permitem uma caracterização mais clara da condição de saúde da pessoa, orientando intervenções ajustadas às suas necessidades ao longo do ciclo de vida, dando suporte à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A utilização de registos clínicos rigorosos, a adesão a protocolos institucionais e a participação em reuniões de equipa e passagens de turno, contribuíram para a uniformização de boas práticas e para a deteção precoce de situações de risco.

A realização de registos de enfermagem nos aplicativos informáticos foi uma constante no decorrer do estágio nos vários contextos. Para Pestana (2023), a adoção de tecnologias de informação pelas organizações de saúde permite a acessibilidade e a legibilidade da informação dos utentes, facilita o acesso a bases de dados de conhecimento e constituem um suporte para a tomada de decisão. Estas, evidenciam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e a sua utilização promove a melhoria contínua da qualidade. No contexto de Cardiologia, a utilização do SClinico constituiu um desafio, dada a ausência de experiência prévia com esta plataforma. A panóplia de diagnósticos e intervenções disponíveis revelou-se distinta daquela habitualmente utilizada, tendo sido necessário tempo para interiorizar todo este processo de registos de enfermagem. O apoio prestado pelas orientadoras revelou-se fundamental, constituindo uma mais-valia para a superação das dificuldades sentidas neste processo de adaptação ao sistema de registos.

A utilização dos sistemas informáticos SClínico[®] (contexto de Cardiologia) e *Glintt*[®] (contexto de Cinesiterapia Respiratória, Ortopedia e Pediatria/Neonatologia) permitiu comparar diferentes abordagens ao registo do processo de cuidados. O SClínico[®] demonstrou maior riqueza na formulação de diagnósticos e intervenções, nomeadamente no âmbito da aquisição de conhecimento e da demonstração de capacidade funcional. A sistematização dos registos de enfermagem contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre os focos e diagnósticos específicos da Enfermagem de Reabilitação, bem como para o planeamento e implementação de intervenções adequadas a cada situação clínica, indo ao encontro do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), o que permitiu orientar a prática de forma estruturada, assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, facilitar a comunicação entre profissionais e reforçar a importância dos registos como instrumento de apoio à tomada de decisão clínica e à produção de conhecimento em enfermagem. Destaca-se ainda que, embora os registos de Enfermagem de Reabilitação, no contexto da Ortopedia e Cardiologia, fossem efetuados em suporte informático específico, estes não detalhavam os cuidados de reabilitação prestados, limitando a visibilidade dos progressos em saúde alcançados. Para além de exercer uma prática especializada, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de conceber, implementar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Neste sentido, as EEER destas unidades, desenvolveram grelhas de registo que permitem o acompanhamento diário das atividades realizadas com cada utente, proporcionando uma avaliação mais rigorosa e contínua das intervenções efetuadas. A partilha e utilização destas grelhas de registos permitiram consolidar o raciocínio clínico e aprimorar a capacidade de planear, monitorizar e avaliar intervenções de Enfermagem de Reabilitação de forma mais sistematizada.

A utilização de aplicações digitais na UIC constituiu uma estratégia inovadora e eficaz para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Ferramentas que registam e comparam os resultados do teste de marcha de 6 minutos permitiram uma monitorização mais precisa da capacidade funcional dos utentes, enquanto aplicações educativas reforçaram o conhecimento dos utentes e família sobre patologias cardíacas e procedimentos clínicos. Tal como descrito por Pessoa, Fernandes e Nogueira (2022), estas soluções digitais promovem a capacitação dos cuidadores e utentes, facilitando uma abordagem personalizada. Assim, estas ferramentas contribuíram para a prevenção de complicações e para a adaptação oportuna dos planos de reabilitação, reforçando os padrões de qualidade relacionados com a Prevenção de Complicações e a Readaptação Funcional. A integração destas tecnologias nos cuidados de enfermagem permitiu, assim, otimizar os resultados em saúde, assegurar

maior rigor na avaliação da evolução clínica e apoiar a tomada de decisão baseada em evidência, potenciando a eficácia e a segurança da intervenção da enfermagem.

Desta forma, entende-se que a prática desenvolvida evidenciou o compromisso sólido com a melhoria contínua da qualidade, promovendo cuidados mais seguros, eficazes e verdadeiramente centrados nas necessidades das pessoas e dos seus familiares/cuidadores.

▪ **Domínio da gestão dos cuidados**

O domínio da gestão dos cuidados, conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros (2019a), envolve a capacidade do enfermeiro especialista para planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem de forma sistemática, segura e centrada na pessoa, promovendo a continuidade de cuidados. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta competência foi progressivamente desenvolvida, assumindo-se uma participação ativa nos processos de organização e coordenação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

A colaboração nas passagens de turno e nas reuniões da equipa multidisciplinar permitiu uma articulação eficaz dos cuidados, assegurando a continuidade da informação e facilitando decisões clínicas em conjunto. De acordo com Broca & Ferreira (2012), a comunicação interprofissional eficaz é um dos pilares da gestão segura e eficiente dos cuidados, permitindo evitar redundâncias, prevenir falhas e otimizar os recursos disponíveis. Neste sentido, a participação ativa nestes momentos revelou-se crucial para a definição de prioridades de intervenção e para a adaptação dos cuidados às reais necessidades da pessoa e da sua família.

Com frequência, os horários destinados às intervenções com os doentes coincidiam com as ações programadas por outros profissionais, tornando necessária a gestão cuidadosa dos cuidados para otimizar o planeamento. A coordenação dos cuidados com as equipas revelou-se essencial, especialmente no que diz respeito ao alinhamento das intervenções, gestão do tempo, e organização dos recursos materiais e humanos. Este planeamento era realizado diariamente em conjunto com os EEER orientadores e a restante equipa de profissionais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No contexto da Pediatria e Neonatologia, tornou-se particularmente importante respeitar os ciclos de sono e alimentação dos recém-nascidos, promovendo um ambiente propício à recuperação e ao bem-estar.

Destaca-se, também, a necessidade de dar primazia a certas intervenções em prol de outras, como acontecia no contexto de Cardiologia, em que o utente com alta prevista devia realizar a prova de marcha de 6 minutos para avaliar a resposta cardíaca e otimizar o plano de reabilitação para o domicílio. Esta avaliação, aliada ao ensino individualizado e à articulação com a equipa médica, assumiu um papel central na preparação da pessoa para a transição entre contextos de cuidados. De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, o enfermeiro deve reconhecer os fatores que influenciam essas mudanças e intervir de forma deliberada para facilitar uma adaptação saudável à nova realidade (Meleis et al., 2000). Assim, a planificação da alta e a personalização dos cuidados permitiram apoiar a reorganização funcional e emocional da pessoa cuidada, assegurando a continuidade dos cuidados, a segurança e a promoção da autonomia no domicílio. Como referem Ganefianty et al. (2021), uma transição de cuidados bem planeada e fundamentada é essencial para reduzir readmissões e melhorar os resultados em saúde. Neste sentido, o EEER atua como facilitador de uma transição bem-sucedida, promovendo a funcionalidade e o bem-estar da pessoa no seu ambiente habitual.

A nível organizacional, promoveu-se a utilização racional dos recursos materiais e a participação em tarefas relacionadas com a gestão de equipamentos e organização de espaços, assumindo-se um papel ativo na otimização dos circuitos e fluxos de trabalho. Estes elementos reforçaram a capacidade de liderança e tomada de decisão na gestão dos cuidados especializados, competências fundamentais do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Considera-se assim, que a prática desenvolvida refletiu progressivamente maior autonomia e capacidade crítica na organização e coordenação dos cuidados.

▪ **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A consolidação de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais baseou-se na valorização da formação contínua, na reflexão crítica sobre a prática clínica e na procura ativa por conhecimento científico atualizado, visando uma intervenção mais fundamentada, autónoma e diferenciada enquanto enfermeira especialista.

Quando um enfermeiro é integrado num serviço passa por uma fase de socialização de grupo e por um processo de adaptação às normas e protocolos institucionais, à medida que desenvolve atividades relacionadas à sua área profissional. É neste período inicial de adaptação à prática profissional e ao novo contexto de prestação de cuidados que ocorre a integração com a equipa multidisciplinar e com o

ambiente organizacional (França, 2013; Macedo, 2012). Nos primeiros dias de estágio, foi promovida a integração com as equipas e realizado o reconhecimento das unidades, organização e recursos. Neste período, aprofundou-se o conhecimento sobre normas, rotinas e documentação institucional. Com o tempo, compreendeu-se o funcionamento das equipas de enfermagem e as metodologias de prestação de cuidados em cada serviço.

A diversidade dos contextos de estágio (Cardiologia, Ortopedia, Pediatria e Neonatologia) exigiu flexibilidade e aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos. Foi imperativo apostar num reforço de conhecimento teórico, para além do adquirido na componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Assim, foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas e consultadas normas, manuais de boas práticas e recomendações de instituições e entidades credíveis e reconhecidas entre os pares. No gabinete de Cinesiterapia Respiratória foi admitido um jovem com síndrome de ruminação. Esta síndrome, por ser particular, motivou a pesquisa de estudos para identificar a evidência científica que sustentou a implementação de um plano de reabilitação individualizado, focado no fortalecimento dos músculos respiratórios. O uso de tecnologias digitais e de aplicações informáticas demonstrou-se uma estratégia eficaz na promoção da literacia em saúde e na monitorização funcional, alinhando-se com práticas baseadas em evidência (Zhou et al., 2021; Pessoa et al., 2022).

No início deste ano, houve o privilégio de participar num Congresso Internacional sobre Projetos de Intervenção no Envelhecimento, denominado CIPINE2025, com uma comunicação livre: um protocolo de *scoping review*, subordinado ao tema “Programas de Enfermagem de Reabilitação Promotores da Capacitação do Cuidador”. O resumo deste trabalho foi publicado no livro de resumos do congresso e aguarda-se, atualmente, a publicação do artigo completo na *Revista Ibero-Americana de Gerontologia – RIAGE*[®].

No contexto do estágio realizado no serviço de Ortopedia, foi possível participar em duas formações em serviço, que se revelaram particularmente pertinentes para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. A primeira, intitulada “Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos: O contributo da Enfermagem”, foi dinamizada pela médica coordenadora da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), tendo proporcionado uma abordagem aprofundada sobre o papel da enfermagem na vigilância, monitorização e articulação com a equipa médica na utilização responsável de antibióticos. A segunda formação, subordinada ao tema

“Intervenções de Enfermagem no utente com alterações da deglutição”, foi conduzida por enfermeiras especialistas em reabilitação, permitindo aprofundar conhecimentos sobre avaliação, rastreio e intervenção junto de pessoas com disfagia, com destaque para o papel da Enfermagem de Reabilitação na prevenção de complicações associadas à deglutição ineficaz. Estas oportunidades formativas contribuíram de forma significativa para o reforço de competências clínicas e reflexivas, promovendo uma prática mais fundamentada, segura e alinhada com as boas práticas institucionais.

No âmbito deste domínio, o estágio no Serviço de Ortopedia permitiu ainda consolidar e aprofundar conhecimentos técnicos e científicos através do contacto direto com diversos tipos de ortóteses, nomeadamente a tala de *Depuy*, o colete de *Jewett*, colares cervicais e *Philadelphia*, colete *Chair Taylor* e ortóteses de Sarmiento. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais e para uma atuação mais informada e adequada às necessidades dos utentes.

Assim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destacou-se pela reflexão crítica da prática, pela valorização da formação contínua, e pela integração da evidência científica na tomada de decisão. A diversidade dos contextos clínicos, aliada à constante procura de conhecimento, permitiu consolidar uma prática mais autónoma, fundamentada e adaptada aos desafios da Enfermagem de Reabilitação.

Em suma, a prática de enfermagem especializada desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágio evidencia uma aplicação efetiva dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018). A monitorização clínica rigorosa, a utilização de escalas de avaliação, a implementação de programas de reabilitação individualizados e a adaptação contínua dos planos de cuidados refletem o cumprimento dos padrões da Prevenção de Complicações, da Readaptação Funcional e do Bem-estar e Autocuidado, promovendo intervenções seguras, eficazes e centradas na pessoa e na família. Paralelamente, a valorização da comunicação com os utentes e cuidadores, o ensino estruturado e a humanização dos cuidados demonstram a aplicação do padrão de Satisfação do Cliente, assegurando o respeito pelas necessidades e expectativas individuais. Por outro lado, o envolvimento em processos de registo clínico rigoroso, a adesão a protocolos institucionais e a participação em reuniões de equipa refletem o padrão de Organização dos Cuidados de Enfermagem, reforçando a responsabilidade ética, legal e profissional na prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, a prática desenvolvida revelou um compromisso sólido com a promoção de cuidados seguros,

eficazes e baseados na evidência, alinhados com os princípios orientadores da profissão e com os Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

2.2 Domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, como área de intervenção multidisciplinar, integra um conjunto próprio de conhecimentos e práticas que visam apoiar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a alcançar o seu máximo potencial funcional e grau de autonomia. Os seus objetivos centrais passam por otimizar as capacidades da pessoa, fomentar a independência e promover o seu bem-estar, contribuindo assim para a preservação da autoestima (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação orientam o desempenho profissional do enfermeiro com título de especialista em Enfermagem de Reabilitação e sustentam uma prática profissional diferenciada, centrada na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Os seguintes domínios estão definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2019b), no Regulamento nº392/2019 e asseguram uma intervenção segura, eficaz e especializada, que promove a reintegração da pessoa na sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

▪ Competência 1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A primeira competência do EEER abrange o cuidado individualizado a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo vital e em múltiplos contextos, promovendo a sua funcionalidade, autonomia e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Nos diferentes contextos de estágio, todos em ambiente hospitalar, foi possível prestar cuidados a utentes de todas as faixas etárias, desde recém-nascidos prematuros até idosos com patologias crónicas. A escolha de um estágio opcional em Pediatria e UCINEOPED teve como objetivo aprofundar competências no cuidado a populações mais vulneráveis, adaptando intervenções ao grau de desenvolvimento e condição clínica. Esta diversidade populacional permitiu adotar abordagens diferenciadas, com foco na promoção da autonomia e na prevenção de complicações.

No gabinete de cinesiterapia respiratória, a intervenção centrou-se em utentes com doenças respiratórias agudas e crónicas. Na UCIC e UIC, destaca-se a importância da intervenção precoce do EEER em situações críticas, prevenindo complicações da imobilidade. No Serviço de Ortopedia, o foco foi a recuperação funcional e a autonomia do adulto e do idoso. No serviço de internamento de Pediatria e UCINEOPED, enfrentou-se o desafio de cuidar de recém-nascidos prematuros e crianças com necessidades especiais, exigindo uma adaptação dos cuidados ao grau de desenvolvimento e à vulnerabilidade clínica. Assim, procurou-se adequar as intervenções à condição clínica de cada pessoa, de acordo com as diferentes faixas etárias, promovendo intervenções adequadas para a promoção da autonomia e da autogestão da doença, com foco na melhoria da qualidade de vida e prevenção de complicações.

Para sustentar a unidade de competência “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13566), e de forma a obter um plano de cuidados, foi realizada a avaliação inicial, a observação dos utentes e foram aplicados diversos instrumentos validados. A escolha do instrumento de avaliação para uma determinada função deve basear-se na sua validade para medir com precisão essa função, possuir fiabilidade adequada e ser sensível o suficiente para detetar mudanças clínicas significativas. Na área da Enfermagem de Reabilitação, é essencial que esses instrumentos permitam avaliar o grau de incapacidade, acompanhar a evolução do utente, facilitar a comunicação entre as equipas profissionais, comprovar a eficácia das intervenções e assegurar o registo da continuidade dos cuidados, bem como os benefícios resultantes das ações de enfermagem (Sousa et al., 2023).

Para a avaliação da capacidade funcional dos utentes aplicaram-se algumas escalas, de acordo com as escalas em utilização nas diversas instituições. No contexto da Cardiologia e Ortopedia foram utilizadas, as escalas de Braden, Glasgow, Morse e a Medical Research Council (avaliação da força muscular), de forma a diagnosticar limitações que afetam a autonomia. Ainda no estágio de Cardiologia, recorreu-se ao Talk-Test, à escala de Borg Modificada e ao teste de marcha de 6 minutos para monitorizar o esforço físico e a capacidade funcional. Em Ortopedia, aplicaram-se a escala ASIA e o teste de GUSS, fundamentais na avaliação neurológica e da deglutição. Na Pediatria e UCINEOPED, foi utilizada a escala EFS-VM para avaliar as competências orais de recém-nascidos, especialmente prematuros, durante o processo de alimentação. No gabinete de Cinesiterapia Respiratória, além de um questionário de satisfação dos utilizadores do aparelho Simeox[®], que é um aparelho de higiene brônquica e que promove a desobstrução da via aérea através da drenagem brônquica eficiente, foi

proposta a aplicação da CAT e da escala de Borg Modificada em utentes com DPOC, para a avaliação da dispneia e conseguir verificar, através da aplicação de escalas, a eficiência da implementação do plano de reeducação funcional respiratória. Verificou-se efetivamente uma melhoria da condição de saúde destes utentes no decorrer da aplicação do programa de reabilitação respiratória, o que valida a importância da monitorização dos processos com escalas de avaliação. Salienta-se que algumas escalas exigem conhecimentos técnicos e treino específico para uma aplicação adequada.

A avaliação cognitiva pode ser efetuada através da consulta do processo clínico, entrevista, observação do comportamento, procedimentos específicos e instrumentos de avaliação (Varanda & Rodrigues, 2023). Durante os estágios, essencialmente em Ortopedia, foi realizada, ainda, uma avaliação neurológica abrangente, incluindo o estado de alerta (escala de coma de Glasgow), a força muscular (escala MRC), o tônus muscular (escala de Ashworth Modificada), a coordenação motora (prova dedo-nariz e calcanhar-joelho), equilíbrio (sentado e em pé), sensibilidade tátil, dolorosa e propriocetiva, as capacidades cognitivas (como linguagem, memória e atenção) e marcha. Reparou-se que esta avaliação, que requer experiência na sua realização, muitas vezes suscita dúvidas na equipa de enfermagem. O EEER tem um papel fundamental no esclarecimento das dúvidas da equipa quanto à realização da avaliação e dos seus resultados, o que se concretizou sempre que solicitado.

A utilização do processo de enfermagem permitiu o planeamento de intervenções centradas na pessoa e adaptadas ao seu estado funcional. Em Cardiologia, destacaram-se diagnósticos como défice de conhecimento sobre pré-operatório; alterações na ventilação, mobilidade, dor, ansiedade, gestão do regime terapêutico, atividade física, dispneia, intolerância à atividade e papel do prestador de cuidados, sendo as intervenções centradas na execução, ensino, instrução e treino. Em Ortopedia, surgiram diagnósticos como rigidez articular, espasticidade, anquilose, dificuldades na marcha, expetorar, risco de pé equino e autocontrolo de ventilação comprometido. Já em Pediatria e UCINEOPED, os diagnósticos de enfermagem incidiram sobre o autocontrolo da ventilação e a sucção eficaz.

Partindo destes diagnósticos, foram prescritas intervenções individualizadas, adequadas às necessidades identificadas e ao estado funcional de cada pessoa, com foco na recuperação da autonomia e na promoção da adaptação ao longo do processo de reabilitação. A documentação rigorosa das intervenções e a sua eficácia revelou-se essencial, não só para garantir a continuidade dos cuidados, como para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde, apoiar a tomada de decisões clínicas e demonstrar os resultados obtidos (Pires, 2012; Gomes et al., 2012). A

monitorização contínua através de escalas de avaliação e testes padronizados permitiu ajustar o plano terapêutico de forma dinâmica, de acordo com as necessidades em constante evolução (Gomes et al., 2025; Pires, 2012).

Em suma, o desenvolvimento da competência 1 nos diversos contextos de estágio permitiu consolidar capacidades técnicas e científicas na avaliação e intervenção junto de pessoas com necessidades especiais, valorizando a individualização dos cuidados e a adaptação permanente à condição funcional e ao ciclo de vida. A utilização de instrumentos padronizados, o planeamento individualizado e a monitorização contínua das intervenções demonstraram-se essenciais para a eficácia dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

▪ **Competência 2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Esta competência centra-se na promoção da autonomia, reinserção social e exercício pleno da cidadania por parte da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, através de intervenções de reabilitação ajustadas ao seu estado funcional e contexto de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A operacionalização desta competência articula-se diretamente com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que defende que o papel do enfermeiro é intervir em situações de défice de autocuidado, promovendo a capacitação da pessoa para recuperar ou manter essa competência (Orem, 2001). As intervenções desenvolvidas durante o estágio procuraram justamente identificar esses défices e fomentar a capacidade da pessoa para cuidar de si, através do treino funcional, do ensino estruturado e do envolvimento dos cuidadores.

Simultaneamente, estas ações inserem-se no quadro conceptual da Teoria das Transições de Alaf Meleis, que reconhece o papel central da enfermagem na facilitação de processos de mudança, como o retorno ao domicílio, a adaptação a uma nova funcionalidade ou a reconfiguração do papel familiar e social (Meleis et al., 2000). Ao planejar intervenções para a alta, reorganizar o ambiente domiciliário e educar os cuidadores, o EEER atua como facilitador de uma transição saudável, promovendo a reintegração plena da pessoa na sua vida quotidiana.

Nos diferentes contextos de estágio, estas premissas concretizaram-se através de intervenções dirigidas à capacitação funcional e social da pessoa. No gabinete de Cinesiterapia Respiratória, foi promovida a

autonomia de utentes com patologia respiratória através do ensino de exercícios respiratórios e técnicas de conservação de energia, facilitando a continuidade da participação nas atividades do quotidiano. Na UCIC e UIC, foram trabalhadas estratégias de adaptação à nova condição clínica, com foco na literacia em saúde, gestão do regime terapêutico, e promoção da autovigilância, contribuindo para a reintegração funcional e social dos utentes. Em Ortopedia, a reeducação funcional centrou-se no treino de marcha com auxiliares, treino de transferências e de AVD com segurança, ensino de técnicas adaptativas e uso de produtos de apoio e envolvimento dos cuidadores, o que permitiu uma abordagem centrada na autonomia e continuidade dos cuidados após a alta. Foram, também, promovidos ambientes seguros através da identificação de barreiras arquitetónicas e diminuição dos fatores de risco ambientais para prevenir a ocorrência de eventos adversos, tanto em ambiente hospitalar como no domicílio. No serviço de Pediatria e UCINEOPED, a capacitação envolveu cuidadores, pais e avós, na continuidade de cuidados após a alta, através do ensino de técnicas posicionamento, exercícios respiratórios e estimulação motora precoce.

A concretização desta competência tornou-se especialmente evidente no acompanhamento da utente C.S., de 83 anos, cognitivamente preservada e previamente autónoma, submetida a cirurgia de encavilhamento de fratura trocantérica direita. No pós-operatório, tinha indicação de marcha sem carga e oxigenioterapia. O plano de reabilitação foi ajustado à sua condição clínica e funcional, iniciando-se com reeducação funcional respiratória, que possibilitou a retirada da oxigenioterapia ao terceiro dia. Avaliada pela escala Medical Research Council ao segundo dia, apresentou força grau 5 em todos os membros, tendo sido iniciado treino de equilíbrio estático no leito. Ao terceiro dia, iniciou-se o levantar para cadeirão, com ensino da técnica de transferência sem carga no membro operado. Foram ainda implementadas mobilizações ativas-assistidas, que progrediram para ativas-resistidas, com o objetivo de preservar o movimento articular e a força muscular. Ao quarto dia, foi proposto o treino de marcha com andarilho, o qual foi aceite pela utente. Paralelamente, foram realizadas sessões de ensino individualizado sobre os autocuidados, nomeadamente higiene pessoal, vestir/despir, transferências, sentar/levantar do cadeirão, ajustadas à sua limitação funcional. A utente evoluiu de forma positiva, adquirindo autonomia progressiva nas transferências e nas AVD. Atendendo à manutenção da restrição de carga no membro operado após a alta, foram envolvidas as cuidadoras principais (netas) na preparação do regresso a casa, através do ensino sobre a reorganização de espaços para facilitar a mobilização, a remoção de tapetes, o desimpedimento de corredores, a adaptação de casas de banho e a utilização de dispositivos de apoio, garantindo maior segurança. Ainda foi efetuada uma tentativa de

treino de marcha com canadianas, mas a utente não se adaptou ao dispositivo, o que motivou a aquisição de um andarilho para o domicílio.

No caso da utente C.S., a implementação de intervenções individualizadas e o ensino sobre os cuidados pós alta refletem uma atuação alinhada com a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), ao promover a autonomia e a autogestão da condição de saúde. Esta abordagem centrada na pessoa, reforçada pelo envolvimento ativo das cuidadoras informais, ilustra a importância do ensino terapêutico como estratégia de capacitação e continuidade dos cuidados. Para além disso, este momento da alta hospitalar constitui uma transição de vida e de saúde, exigindo um acompanhamento cuidadoso por parte do enfermeiro especialista. De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, mudanças no estado funcional requerem intervenções deliberadas e contextualizadas, que apoiem a pessoa na adaptação a uma nova realidade (Meleis et al., 2000). Tal como refere Ribeiro (2021a), o envolvimento da família e cuidadores é um ponto chave para o sucesso das intervenções e adesão às mesmas, pelo que o EEER deve envolver estes cuidadores na parceria de cuidados de forma a aumentar a eficácia da intervenção.

Com este caso, também, se evidencia a relevância do raciocínio clínico e da adaptação contínua das estratégias de intervenção, fundamentais para a prática autónoma e diferenciada do EEER.

A capacitação para o exercício da cidadania implica, assim, a promoção de ambientes facilitadores, a eliminação de barreiras e a valorização das capacidades preservadas. O envolvimento da equipa multidisciplinar, como o serviço social e a nutrição, revelou-se essencial para uma resposta integrada e orientada para a continuidade de cuidados no domicílio.

Ao longo do percurso formativo, ficou evidente que a capacitação da pessoa constitui um pilar da Enfermagem de Reabilitação, permitindo não só recuperar capacidades, mas também fomentar o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de realização, valorizando a sua dignidade, autonomia e participação social.

- **Competência 3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A competência 3 foca-se na maximização da funcionalidade da pessoa, através do desenvolvimento das suas capacidades motora, cardíaca e respiratória. Implica uma avaliação contínua e sistematizada do potencial funcional, com a implementação de intervenções individualizadas que promovam a

autonomia, previnam complicações e melhorem a qualidade de vida. O enfermeiro especialista atua de forma proativa na reabilitação, potenciando as capacidades preservadas e estimulando o progresso funcional em contextos diversos, sempre centrado na pessoa e nos seus objetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Em todos os contextos de estágio, o objetivo foi maximizar a funcionalidade dos utentes, promovendo o seu desenvolvimento e a melhoria da capacidade para realizar as AVD.

A reeducação funcional respiratória consiste num conjunto de técnicas, baseadas essencialmente no controlo da respiração, posicionamento e movimento, que visam melhorar as trocas gasosas e os sintomas resultantes dos desequilíbrios da relação ventilação perfusão (Gomes & Ferreira, 2023). Tem o objetivo de prevenir complicações, evitar e corrigir alterações posturais e defeitos, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, reeducar no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios (Cordeiro & Menoita, 2014). No gabinete de Cinesiterapia Respiratória, os programas de Enfermagem de Reabilitação foram adaptados a diferentes faixas etárias, englobando técnicas como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de reeducação diafragmática, costal e segmentar, manobras de drenagem postural modificada, treino de tosse eficaz, ciclo ativo da respiração e técnica de expiração lenta total com glote aberta; foi ainda instruída a utilização de espirómetro de incentivo e de dispositivos como o Cough Assist® e Simeox®, com bons resultados, especialmente em adolescentes e jovens adultos. A educação dos utentes e dos seus cuidadores, particularmente das crianças, para a realização dos exercícios no domicílio foi essencial para potenciar a continuidade e a eficácia dos planos de reabilitação. A reavaliação periódica da função respiratória permitiu adaptação das intervenções às necessidades individuais, promovendo melhorias na ventilação, na tolerância ao esforço e no controlo sintomático, com ganhos evidentes na qualidade de vida.

Em casos de crianças e jovens com compromisso neuromuscular, os programas de reabilitação respiratória exigiram adaptações específicas, com ênfase em técnicas não invasivas do suporte ventilatório, posicionamento terapêutico e manobras acessórias de desobstrução brônquica, associadas ao treino da tosse assistida. A capacitação dos cuidadores foi uma estratégia essencial para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e prevenir infeções respiratórias. A intervenção foi sempre centrada na promoção da funcionalidade respiratória e da qualidade de vida da criança e do jovem.

No contexto da reabilitação cardíaca, esta constitui um processo contínuo que visa ajudar a pessoa com doença cardíaca a recuperar e a manter o maior nível possível de funcionamento físico, psicológico, emocional, social e profissional. A reabilitação tem início no contexto hospitalar, mas prolonga-se após a alta, com continuidade no domicílio e, idealmente, numa fase de manutenção ao

longo da vida, sempre que existam condições comunitárias que sustentem essa continuidade (Ferreira & Abreu, 2009; Mendes, 2009).

O EEER, na UCIC e UIC, assume um papel central na Fase I da reabilitação cardíaca, iniciada entre as 12 e 24 horas após o evento cardíaco, e participa também na Fase II, sobretudo em utentes com insuficiência cardíaca. Assim, procurando que a pessoa atinja a independência total e a maximização da funcionalidade, procurou-se desenvolver as capacidades do utente através da concessão de sessões de treino, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Na UCIC e na UIC, existiam programas estruturados de reabilitação cardíaca, nomeadamente os programas CADIE-IN e CADIE-OUT. O primeiro, realizado em meio hospitalar, inclui a avaliação funcional, exercício físico supervisionado e educação para a autogestão. Este programa é composto por uma sequência de exercícios isométricos e isotónicos, explicitando em que momento do dia devem ser executados e o número de repetições a realizar. Também alerta para os sinais de alarme para interromper a realização dos exercícios. O segundo programa visa a continuidade da reabilitação no domicílio, com foco na modificação de fatores de risco, prática de exercício físico e responsabilização pela sua saúde, com a disponibilização de um plano de exercícios para serem realizados 3 a 5 dias por semana, fornecendo orientações claras sobre a frequência cardíaca segura, perceção de esforço e sinais de alarme de enfarte. Complementarmente, as EEER desenvolveram diversos folhetos educativos que apoiam um ensino individualizado, abordando temas como a atividade sexual na pessoa com doença cardíaca, fatores de risco cardiovascular, benefício do exercício na doença arterial periférica dos membros inferiores e pré-habilitação na cirurgia cardíaca. É de notar que, nestas unidades de cuidados, todos os ensinamentos educacionais ficavam a cargo das enfermeiras de reabilitação não sendo da responsabilidade dos enfermeiros generalistas, tendo havido oportunidade de participar ativamente neste processo educativo em colaboração com as EEER.

Aliado à estruturação dos programas de reabilitação cardíaca já existentes, procedeu-se então ao ensino, instrução e treino de técnicas de reeducação funcional motora, através da realização de exercícios isométricos e isotónicos, treino de marcha, treino de subida e descida de escadas, estratégias de conservação de energia e estratégias adaptativas para as AVD. Estas foram frequentemente integradas com intervenções respiratórias como a respiração abdomino-diafragmática, costal, ensino da tosse eficaz e controlo respiratório. A atuação do EEER estendia-se à preparação pré-

operatória de doentes cirúrgicos, com ensino de exercícios respiratórios e mobilizações articulares, reforçando a adesão ao plano pós-operatório. Este treino pré-operatório é fundamental para promover a compreensão e adesão do doente às orientações pós-operatórias (Cordeiro & Menoita, 2014).

A implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório foi sempre ajustado aos objetivos individuais de cada utente, conforme preconizado no Regulamento nº 392/2019, da Ordem dos Enfermeiros. Um dos aspetos fundamentais nestes programas foi a gestão adequada do esforço, sendo a marcha em corredor e o treino de escadas consideradas atividades essenciais, tanto para a reabilitação da mobilidade como para o aumento da capacidade funcional e do condicionamento cardiorrespiratório. Todos os programas de reabilitação cardíaca progrediam para a marcha em corredor e o treino de subida e descida de escadas, tendo sido, como já referido anteriormente, realizado o teste de marcha de 6 minutos para avaliar a capacidade funcional e a resposta ao esforço físico em todos os utentes com alta clínica, de forma a orientar o utente para o domicílio.

De referir que, durante estas intervenções, foram igualmente transmitidas orientações ao utente quanto à adoção de medidas preventivas essenciais para a segurança no domicílio. A utilização de calçado adequado e roupa curta, a instalação de corrimões em escadas, a garantia de uma boa iluminação, a eliminação de tapetes soltos e a evicção de pisos escorregadios foram destacados como elementos fundamentais para a criação de um ambiente seguro e promotor da autonomia.

A Fase II da reabilitação, apesar de menos expressiva nestas unidades, inclui uma consulta de Enfermagem de Reabilitação específica para doentes com insuficiência cardíaca, que se realiza às segundas, quartas e sextas-feiras, no Hospital de Dia de Cardiologia, e que promove o acompanhamento de sintomas do doente e o controlo dos fatores de risco cardiovasculares. Esta consulta realiza-se entre os 8 a 15 dias após a alta do internamento hospitalar, aos 3 meses, aos 6 meses e aos 12 meses, contemplando teleconsultas entre as consultas presenciais.

A reabilitação funcional motora consiste num conjunto de estratégias terapêuticas que utiliza técnicas de treino funcional, mobilizações, correções posturais e coordenação motora, com o objetivo de recuperar ou melhorar a autonomia da pessoa nas AVD e no seu contexto funcional habitual. Engloba exercícios isométricos e isotónicos, fundamentais para o fortalecimento dos músculos quadricíptes e glúteos para uma marcha eficaz e dos músculos braquiais para a utilização dos auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2023).

No Serviço de Ortopedia, os programas de Enfermagem de Reabilitação centraram-se na reabilitação após cirurgia, na prevenção de complicações decorrentes da imobilização, e na reabilitação de utentes com lesões medulares parciais. Foram utilizados exercícios isométricos com contração dos músculos abdominais, glúteos e quadricípites, e exercícios isotónicos, mobilizações ativas livres, ativas-assistidas ou ativas-resistidas poliarticulares e polissegmentares, por vezes, com a utilização de dispositivos com peso ou pedaleira, de forma a melhorar a força muscular, a coordenação e a mobilidade dos utentes. Também foram realizadas mobilizações passivas com o auxílio de artromotor, com aumento gradual da amplitude articular a partir dos 30°. Foram ainda realizados ensinamentos sobre estratégias para vestir/despir e calçar de forma segura e funcional, promovendo a autonomia e o uso eficiente dos produtos de apoio disponíveis, como a calçadeira ou o vestuário com fechos de correr e calçado com velcros para apertar de forma simples. Uteses com limitações motoras foram alvo de técnicas de posicionamento para prevenir a espasticidade, exercícios terapêuticos no leito, treinos de marcha com auxiliares como o andador, canadianas, tripé e bengala e treino de equilíbrio estático e dinâmico, tanto na posição sentada como em pé. No caso de utentes submetidos à colocação de prótese da anca, foi ensinado o uso adequado de canadianas, bem como a técnica de alternar a direção para o lado do membro operado, de modo a evitar movimentos de adução. Foram ainda efetuados ensinamentos relativos à forma correta de sentar e levantar, assegurando a proteção do membro operado. A presença de patologias respiratórias crónicas levou à integração de cinesiterapia respiratória, com o objetivo de melhorar a função ventilatória e prevenir complicações associadas à imobilização.

Quando há alterações proprioceptivas, a pessoa pode ter dificuldades em perceber a posição dos membros ou em realizar movimentos coordenados, o que pode levar a quedas, falta de equilíbrio e limitações funcionais (Shumway-Cook & Woollacott, 2017). Para estimular a propriocepção, recorreu-se a atividades sensoriais com diferentes texturas e objetos manipuláveis para estimular a coordenação e o equilíbrio.

Segundo Paixão Teixeira & Silva (2009), é durante a alimentação que o enfermeiro pode observar sinais importantes relacionados à deglutição, como o encerramento eficaz dos lábios, a mastigação, a movimentação do alimento na boca, sinais de refluxo nasal, elevação da laringe, número de deglutições, presença de tosse, engasgamento, alterações vocais, entre outros indicadores relevantes para a segurança alimentar. A disfagia foi também uma área de intervenção recorrente, sendo utilizada a escala de GUSS para rastreio e implementação de estratégias compensatórias, adaptação de

consistências e ensino a cuidadores e técnicas auxiliares de saúde, sobre a adoção da posição de 90° durante a alimentação para garantir a segurança do processo.

Na unidade de Pediatria e UCINEOPED, os programas de reabilitação foram ajustados às necessidades específicas de cada faixa etária. No recém-nascido prematuro, aplicou-se o PIOMI (*Premature Infant Oral Motor Intervention*), técnica que demonstrou melhorias na coordenação da sucção-deglutição-respiração, na redução do tempo necessário para alcançar a alimentação oral e exclusiva e na redução do tempo de internamento hospitalar (PIOMI, s.d.). A estimulação sensitivo-motora através do toque com as próprias mãos do recém-nascido até à linha média e o posicionamento terapêutico foram também utilizados com vista a simular o ambiente intrauterino para reforçar a sensação de segurança e a promoção do neuro desenvolvimento e prevenção de deformidades (Montirosso et al., 2023).

Em bebés e crianças hospitalizadas, a reabilitação focou-se, maioritariamente, na função respiratória, com intervenções adaptadas à idade e ensino aos cuidadores sobre inaloterapia e exercícios respiratórios. A colaboração familiar foi central para o sucesso da reabilitação e a inclusão da criança no seu contexto habitual. Contudo, a realização destas intervenções exigiu sensibilidade técnica e grande capacidade de adaptação por parte do EEER, dada a fragilidade anatómica dos bebés e os desafios de cooperação em idade pediátrica. A constante avaliação do estado clínico foi essencial para garantir a eficácia e segurança dos cuidados. O exemplo do bebé J.F., de 4 meses, com trissomia 21, internado com infeção respiratória e instabilidade clínica, ilustra esta complexidade. Devido à necessidade frequente de colheitas de sangue e à manutenção do cateter central, o bebé apresentava-se frequentemente exausto, o que obrigava ao adiamento das sessões de cinesiterapia respiratória para momentos mais oportunos do dia, respeitando os seus ritmos e promovendo o seu conforto. Esta adaptação dos horários e das intervenções revelou-se essencial para garantir a realização do programa de reabilitação respiratória, sem comprometer o seu bem-estar.

O respeito pelos ciclos de sono, pelos momentos de alimentação e pelas limitações físicas impostas pela condição clínica foram considerados em cada decisão, assegurando uma abordagem centrada na criança e promotora do seu desenvolvimento global.

A avaliação contínua dos programas de reabilitação revelou-se essencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, permitindo a sua constante adaptação à condição clínica dos utentes e à sua evolução. Esta monitorização sistemática, realizada ao longo dos estágios, recorreu a escalas validadas e aos sistemas informáticos das instituições, possibilitando o registo e análise da

resposta às intervenções. Segundo Varanda & Rodrigues (2023), “a utilização de instrumentos de avaliação é de grande vantagem, pois permite medir objetivamente os progressos da pessoa” e “o impacto do programa de reabilitação” (p. 145). A capacidade de ajustar o plano terapêutico em função do estado atual do utente, mostrou-se particularmente relevante em contextos de instabilidade clínica, como no caso do bebé J.F. As necessidades frequentes de procedimentos invasivos e os momentos de fadiga exigiram reprogramações diárias das sessões de cinesiterapia respiratória, assegurando uma abordagem individualizada e centrada no utente. A flexibilidade na aplicação dos programas e a capacidade de decisão clínica sustentada por evidência permitiram não só a manutenção da eficácia das intervenções, como também reforçaram a humanização dos cuidados. Os progressos registados na mobilidade, participação e bem-estar dos utentes evidenciaram o impacto positivo desta abordagem dinâmica, funcionando como fator motivacional para os profissionais e contribuindo para indicadores de qualidade em Enfermagem de Reabilitação.

3. NOTA FINAL

Em síntese, a realização do Estágio de Natureza Profissional, em quatro contextos diferentes, constituiu um percurso formativo profundamente enriquecedor, que promoveu o desenvolvimento progressivo de competências técnicas, científicas e relacionais essenciais ao exercício da enfermagem da reabilitação. Ao longo deste trajeto, foi possível consolidar conhecimentos teóricos, aplicar a prática baseada na melhor evidência disponível e adaptar intervenções às necessidades específicas dos utentes, respeitando os seus contextos e ciclos de vida.

A aquisição e demonstração de competências específicas do EEER, conforme descritas no Regulamento nº 392/2019, foi visível na prestação de cuidados centrados na maximização da funcionalidade, na promoção da autonomia e na capacitação dos utentes e cuidadores. A integração de instrumentos de avaliação, tecnologias digitais e metodologias adaptadas a diferentes contextos clínicos, incluindo reabilitação respiratória, ortopédica, cardíaca e pediátrica, permitiu uma prática reflexiva e fundamentada, em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A utilização sistemática do Padrão Documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), orientou o planeamento e a documentação dos cuidados, contribuindo para a consistência, visibilidade e continuidade das intervenções. Esta base normativa e documental reforçou a importância da articulação com equipas multidisciplinares, do uso apropriado de recursos e da avaliação contínua dos resultados em saúde.

Ao longo do percurso, enfrentaram-se desafios, nomeadamente ao nível da gestão do tempo e do equilíbrio entre exigências profissionais, académicas e familiares. Tais desafios exigiram um esforço de reorganização, priorização e adaptação, que contribuíram igualmente para o crescimento pessoal e profissional. Para além destes aspetos, importa referir que, transversalmente à prática da Enfermagem de Reabilitação, a implementação dos programas está frequentemente dependente da prescrição médica e da avaliação prévia pelo fisiatra. Embora esta articulação seja fundamental para garantir a segurança e adequação das intervenções, pode atrasar o início da reabilitação, sobretudo quando a reabilitação precoce é determinante para a prevenção de complicações e a promoção da funcionalidade. Esta realidade reforça a importância de uma cooperação interprofissional eficaz, que assegure a continuidade dos cuidados e minimize constrangimentos que possam comprometer os ganhos em saúde.

A diversidade dos contextos de estágio permitiu compreender que a transição entre diferentes fases da condição clínica, nomeadamente da dependência para a autonomia ou da hospitalização para o domicílio, constitui um processo complexo que requer apoio contínuo. De acordo com Meleis et al. (2000), as transições são fenómenos centrais no cuidado em enfermagem e exigem estratégias de intervenção deliberadas para promover adaptações positivas. A atuação do EEER, enquanto facilitador deste processo, mostrou-se determinante para garantir a continuidade dos cuidados e a recuperação funcional e emocional da pessoa cuidada.

A experiência global revelou-se transformadora, promovendo o desenvolvimento de uma prática mais crítica, fundamentada e humanizada. Consolidou-se, assim, uma identidade profissional alinhada com os princípios de Enfermagem de Reabilitação, centrada na pessoa, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e comprometida com a promoção da saúde e do bem-estar dos utentes.

**PARTE II – PROGRAMAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORES DA
CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR / REHABILITATION NURSING PROGRAMS PROMOTING
CAREGIVER EMPOWERMENT**

PROGRAMAS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PROMOTORES DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crónicas têm conduzido à crescente necessidade de cuidados de longa duração prestados no domicílio, frequentemente assumidos por cuidadores informais. Tornar-se cuidador inesperadamente pode ser um desafio profundo e transformador, exigindo rápida adaptação a uma nova realidade. Neste contexto, destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador, com o objetivo de assegurar uma prestação de cuidados segura, eficaz e humanizada.

Objetivos: Mapear a evidência científica sobre programas de Enfermagem de Reabilitação que promovem a capacitação do cuidador. Foram identificados os programas existentes, os contextos de aplicação, os domínios da funcionalidade abordados e os instrumentos utilizados para avaliar a capacitação.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review*, segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com base na mnemónica PCC (População: cuidador informal; Conceito: programas de Enfermagem de Reabilitação; Contexto: qualquer ambiente de cuidados). Incluíram-se estudos publicados entre 2019-2024, em português, inglês ou espanhol, de acesso livre. A pesquisa, realizada em 15 bases de dados, resultou em 752 estudos, dos quais 14 foram incluídos após triagem e análise integral.

Resultados: Identificaram-se programas variados, aplicados maioritariamente em contexto domiciliário, com foco em cuidados pós-AVC, doenças cardíacas, lesões neurológicas e alterações do autocuidado. As intervenções mais eficazes combinaram o ensino teórico, treino prático supervisionado e apoio emocional, com destaque para o uso de ferramentas educativas e jogos digitais. Verificaram-se ganhos significativos na funcionalidade dos utentes e na redução da sobrecarga dos cuidadores. Os instrumentos de avaliação mais utilizados foram a Escala de Zarit, o QASCI, a ENCS e a NACI.

Conclusões: A capacitação do cuidador informal revela-se fundamental para a continuidade dos cuidados em contexto domiciliário, sendo os programas de Enfermagem de Reabilitação uma estratégia eficaz nesse processo. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é crucial na identificação de necessidades, na implementação de intervenções e na promoção da autonomia do cuidador e do utente. Os dados evidenciam a importância de uma abordagem multidimensional e integrada, centrada no cuidador como parceiro ativo no processo de reabilitação.

Palavras-chave: Capacitação; cuidador; programas de reabilitação; *scoping review*.

REHABILITATION NURSING PROGRAMS PROMOTING CAREGIVER EMPOWERMENT

ABSTRACT

Introduction: Population aging and the increased prevalence of chronic diseases have led to a growing need for long-term care provided at home, often by informal caregivers. Becoming a caregiver unexpectedly can be a profound and transformative challenge, requiring rapid adaptation to a new reality. In this context, the role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in empowering caregivers stands out, with the aim of ensuring safe, effective, and humanized care.

Objectives: To map the scientific evidence on rehabilitation nursing programs that promote caregiver empowerment. Existing programs, contexts of application, domains of functionality addressed, and instruments used to assess training were identified.

Methodology: A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology, based on the PCC mnemonic (Population: informal caregiver; Concept: rehabilitation nursing programs; Context: any care setting). Studies published between 2019 and 2024 in Portuguese, English, or Spanish, with open access, were included. The search, conducted in 15 databases, resulted in 752 studies, of which 14 were included after screening and full analysis.

Results: Various programs were identified, mostly applied in a home setting, focusing on post-stroke care, heart disease, neurological injuries, and changes in self-care. The most effective interventions combined theoretical teaching, supervised practical training, and emotional support, with an emphasis on the use of educational tools and digital games. Significant gains were observed in user functionality and in reducing caregiver burden. The most used assessment tools were the Zarit Scale, the QASCI, the ENCS, and the NACI.

Conclusions: Informal caregiver training is essential for the continuity of care in a home setting, with rehabilitation nursing programs being an effective strategy in this process. The role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is crucial in identifying needs, implementing interventions, and promoting the autonomy of the caregiver and the user. The data highlight the importance of a multidimensional and integrated approach, centered on the caregiver as an active partner in the rehabilitation process.

Keywords: Empowerment; caregiver; rehabilitation programs; scoping review.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A família constitui o ambiente natural para a transmissão de normas e valores éticos, culturais, sociais e cívicos, desempenhando um papel fundamental na aprendizagem dos estilos de vida, crenças e princípios do indivíduo. É a primeira unidade onde este se insere, contribuindo ativamente para o seu desenvolvimento, socialização e formação da personalidade (Martins et al., 2023).

A família tem como principais objetivos assegurar o bem-estar dos seus membros e atuar como agente determinante no seu desenvolvimento (Petronilho, 2007). Esta é um sistema dinâmico que se reorganiza continuamente para responder às mudanças necessárias, garantindo a satisfação das suas necessidades básicas e dos seus membros (Martins et al., 2023).

O aumento da esperança média de vida, associado ao crescimento do número de pessoas em situação de dependência e com doenças crónicas, veio reforçar a importância do papel desempenhado pela família, uma vez que o ambiente familiar constitui, por excelência, o espaço privilegiado para a prestação de cuidados contínuos e integrais à pessoa dependente. Contudo, esta realidade impõe uma responsabilidade significativa sobre os membros da família (Petronilho, 2007).

A doença de um membro da família rompe a homeostasia familiar, exigindo uma readaptação coletiva para restabelecer o equilíbrio do sistema, dado que a alteração na função/papel/situação de um dos seus elos afeta todos os restantes (Menoita, 2012). No entanto, quando a família se vê perante a necessidade de cuidar de um membro dependente, é comum que as responsabilidades associadas a essa transição não sejam distribuídas de forma equitativa entre todos os seus membros (Petronilho, 2007).

A prestação de cuidados a um familiar dependente no seio da família envolve diversas dimensões relevantes para os enfermeiros. Entre elas, destacam-se as transições, frequentemente desencadeadas por eventos inesperados e indesejáveis, que podem ser vivenciadas num contexto de incerteza e instabilidade. Estas mudanças podem tornar, tanto a pessoa dependente como o familiar cuidador, mais vulneráveis, sendo que, pela sua proximidade e competência, os enfermeiros estão particularmente bem posicionados para prestar suporte e orientação nestas situações (Gonçalves, 2013).

Na sua Teoria das Transições, Alaf Meleis apresenta a “transição” como um conceito central em enfermagem. É definida como uma passagem de um estado relativamente estável para outro relativamente estável, sendo desencadeada por uma mudança e caracterizada por fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem, podendo ser compreendida através de processos e/ou resultados. Este conceito é particularmente relevante para os enfermeiros devido às suas implicações para a saúde. A intervenção de enfermagem procura apoiar a pessoa na criação de condições favoráveis a uma transição saudável, considerando a saúde e o bem-estar como possíveis resultados da sua intervenção (Meleis, 2010).

Durante o período de transição, as intervenções terapêuticas implementadas pelo EEER visam promover padrões de resposta adequados nas pessoas sob os seus cuidados. Estas respostas manifestam-se quer ao nível do processo (através da orientação, interação com outros na mesma condição e com profissionais de saúde), quer ao nível do resultado (mestria, reformulação da identidade), traduzindo-se numa transição eficaz e positiva (Ribeiro et al., 2021b).

É importante clarificar que, no contexto desta análise, o foco incide particularmente sobre a transição experienciada pelo cuidador informal, e não sobre a transição clínica ou funcional da pessoa em situação de dependência. De acordo com Meleis (2010), as transições implicam transformações nos papéis sociais e nas relações interpessoais, sendo o processo de se tornar cuidador um exemplo paradigmático de transição situacional. Esta mudança pode ser abrupta, não planeada, e implicar uma reorganização profunda da identidade, do quotidiano e da dinâmica familiar. Como referem Ribeiro et al. (2021b), o enfermeiro especialista deve reconhecer e acompanhar estas transformações, intervindo desde os primeiros sinais de mudança, para facilitar a adaptação e promover uma transição saudável. Deste modo, o papel do EEER revela-se crucial na capacitação do cuidador informal enquanto sujeito em transição, apoiando não só a aquisição de competências, mas também a reconstrução do equilíbrio emocional e funcional face às novas exigências impostas pelo cuidado.

Assim, o desafio que os enfermeiros enfrentam é compreender os processos de transição e desenvolver intervenções eficazes que promovam a recuperação da estabilidade e do bem-estar das pessoas. Mas independentemente da transição vivenciada, o EEER deve focar-se especialmente no modo como a pessoa/familiar cuidador/família encaram a nova condição de saúde, ou seja, à forma como se consciencializaram acerca da situação e da mudança que esta acarreta, intervindo o mais precocemente possível (Ribeiro et al., 2021b).

1.1 O Cuidador

Como já descrito anteriormente, o envelhecimento populacional tem conduzido a um aumento do número de pessoas com problemas de saúde e dependências. Paralelamente, os avanços na saúde e tecnologia têm permitido a sobrevivência a lesões potencialmente fatais e uma maior longevidade para pessoas com doenças crónicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta tendência implicou um aumento da necessidade e consumo de cuidados de saúde de longa duração. Nesse sentido, muitos países europeus têm implementado reformas substanciais nas políticas e sistemas de cuidados de longa duração. Adicionalmente, os cortes nos serviços de saúde profissionais têm levado a um aumento significativo na procura por cuidados informais, tanto por familiares quanto por cuidadores não familiares (Sousa et al., 2022).

Os cuidadores de pessoas dependentes dividem-se em formais e informais, diferenciando-se pelo vínculo, formação e natureza da prestação de cuidados. O cuidador formal é um profissional remunerado, com formação específica na área da saúde, integrados em instituições de saúde ou apoio social e sujeito a regulamentação profissional (Margarido, 2016). Por outro lado, o cuidador informal é, maioritariamente, um familiar ou amigo que presta cuidados de forma não remunerada, muitas vezes sem formação adequada (Carvalho et al., 2022).

O termo Cuidador Informal (CI) apresenta diversas designações na literatura, podendo ser indicado como Familiar Cuidador (FC), dado que esta função é, na maioria das vezes, assumida por familiares, conforme mencionado anteriormente. De acordo com a International Council of Nurses (2020), o FC é o “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (p. 63). No entanto, uma vez que a designação mais comum é CI, no contexto da legislação, assim como a nível da investigação, será essa a utilizada ao longo do relatório.

De acordo com a Eurocarers (2023), entre 2013 e 2060, a percentagem de pessoas dependentes em Portugal deverá crescer de 8,5% para 13,4% da população total, um aumento de 57%, superior à média da União Europeia de 36%. O número de residentes com fortes limitações devido a problemas de saúde poderá subir de 0,89 para 1,1 milhões.

Também segundo a última edição do inquérito nacional de saúde, em 2014, cerca de 1,1 milhões de pessoas com 15 anos ou mais (12,5% da população total) prestavam assistência ou cuidados informais a pessoas com problemas de saúde ou idade avançada. A maioria (85%) cuidava de familiares, sendo

que 57,4% dedicavam pelo menos 10 horas semanais a essa tarefa. As mulheres representavam 61% do total de cuidadores informais e, entre elas, 64,3% prestavam cuidados durante 10 horas ou mais (Eurocarers, 2023).

A criação do Estatuto do Cuidador Informal, através da Lei nº100/2019, representou um marco significativo no âmbito da saúde e da prestação de cuidados informais em Portugal, reconhecendo formalmente o papel dos cuidadores e estabelecendo medidas de apoio destinadas a melhorar as condições em que estes prestam assistência.

A legislação portuguesa distingue o conceito de cuidador informal em duas denominações distintas: cuidador informal principal e cuidador informal não principal (Lei nº 100/2019 de 6 de setembro, 2019). O cuidador informal principal é entendido como:

O cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, quando se verifique, comprovadamente, uma vivência de entajuda e partilha de recursos entre ambos, coincidindo ou não o domicílio fiscal, e não auferindo qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada; aquele que, não sendo familiar da pessoa cuidada, acompanha e cuida desta de forma permanente, vivendo em comunhão de habitação, e com o mesmo domicílio fiscal da pessoa cuidada, e não auferindo qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (p.9).

Por sua vez, cuidador informal não principal é definido como “quem acompanha e cuida de forma regular, mas não permanente da pessoa cuidada, podendo auferir ou não remuneração por atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (p.9).

Cuidar de uma pessoa dependente implica um trabalho contínuo, diário e ininterrupto, o que pode levar ao desgaste físico e emocional do CI, impactando a sua vida pessoal. A prestação de cuidados por estes é, na maioria dos casos, baseada na experiência prática e no senso comum, sem que tenha sido precedida por formação específica na área do cuidar (Fialho, 2022).

De acordo com um estudo do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), quando inquiridos, os cuidadores apontam a falta de formação/capacitação (51,8%) como uma das principais dificuldades que enfrentam. Além disso, 43,2% referem sentir-se pessoalmente despreparados e sem capacidade para desempenhar esse papel. Contudo, quando questionados sobre qual o tipo de ajuda que necessitam, apenas 5,7% referem a formação.

As políticas e diretrizes relacionadas com a capacitação do cuidador, estão orientadas por um conjunto de normas e documentos que visam garantir o apoio adequado aos cuidadores familiares e profissionais, promovendo o seu bem-estar e a capacitação para a execução das suas funções de forma eficaz e segura. Como já foi referido, o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, reconhece os direitos e deveres dos cuidadores informais e das pessoas alvo dos cuidados. Este estatuto estabelece medidas de apoio, incluindo formação específica para os cuidadores, visando dotá-los de competências adequadas à prestação de cuidados. A Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, regulamenta aspetos como a formação e informação aos cuidadores, participação em grupos de autoajuda e apoio psicossocial. Adicionalmente, a Portaria n.º 269/2022, de 8 de novembro, constitui a Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação do Estatuto do Cuidador Informal, assegurando a implementação eficaz das medidas de apoio revistas (Lei n.º 100/2019, 2019; Portaria n.º 269/2022, 2022; Portaria n.º 64/2020, 2020).

Existe, ainda, um portal de serviços públicos da República Portuguesa, denominado Gov.pt (2025), que disponibiliza um Guia Prático, denominado Guia dos cuidadores, para download. Este guia tem informação útil sobre a pessoa que cuida (cuidador) e a pessoa cuidada, com destaque para os seus direitos e benefícios, medidas de apoio e serviços, bem como respostas a vários níveis, que promovam a melhoria da sua qualidade de vida. A informação divulgada no portal destina-se também a profissionais que intervenham junto de cuidadores e pessoas cuidadas.

Estas políticas e diretrizes refletem o compromisso do nosso país em promover a qualidade dos cuidados de reabilitação através da integração da capacitação do cuidador nas suas políticas de saúde.

1.2. O Cuidador e o EEER

Nos hospitais, a alta precoce é incentivada não apenas pela necessidade contínua de disponibilizar vagas, mas também pelos riscos inerentes a internamentos prolongados. No entanto, essa antecipação da alta impõe o desafio de capacitar a família para a prestação de cuidados e de garantir a adequada adaptação do domicílio às necessidades da pessoa dependente (Fialho, 2022).

Os CI desempenham então um papel essencial na rede de cuidados, sendo, por isso, fundamental apoiá-los na gestão das dificuldades inerentes à prestação de cuidados. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com o bem-estar do cuidador, tornando essencial identificar os recursos necessários para minimizar a sobrecarga física e emocional destes. Assim, os profissionais de saúde devem compreender essas necessidades, de modo a desenvolverem planos de apoio eficazes

que promovam melhores condições para os cuidadores e contribuam para a redução do uso desnecessário de serviços hospitalares (Dixe et al., 2019).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da Lei nº 101/2006, veio estabelecer o regime jurídico para a reabilitação e a integração das pessoas em situação de dependência, em diferentes momentos e circunstâncias da evolução das suas doenças e situações sociais. Também a Lei nº 38/2004, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e a integração da pessoa com deficiência, reforça a necessidade de promover a capacitação dos cuidadores, através de medidas específicas de formação (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006; Decreto-Lei n.º 38/2004, 2004). Neste contexto, destaca-se a relevância das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que, ao prestar cuidados no domicílio, promovem a continuidade dos cuidados e a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação de dependência.

Os EEER assumem um papel central nestas equipas, sendo responsáveis não apenas pela intervenção direta junto da pessoa dependente, mas também pela capacitação dos cuidadores informais, dotando-os de competências e conhecimentos essenciais para o cuidado seguro, eficaz e humanizado no domicílio.

Entre as diversas medidas de apoio criadas com o Estatuto do Cuidador Informal (Instituto da Segurança Social, 2025), destaca-se ainda a designação de um profissional de saúde de referência, responsável por aconselhar, acompanhar, capacitar e formar o CI.

Neste âmbito, o EEER, pela sua área de competência, que abrange todas as fases do ciclo vital e os diversos processos de saúde-doença, destaca-se como um dos profissionais de saúde particularmente qualificados para assumir essa função. Este papel é reforçado pelo Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), no qual são descritas diversas intervenções que evidenciam a sua atuação tanto junto da pessoa dependente como dos seus cuidadores, incluindo a responsabilidade do EEER no ensino, instrução e treino do cliente e CI nas áreas do autocuidado e uso de produtos de apoio, capacitando-os para promover o bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Reis & Bule (2023) definem capacitação como um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. Os processos de capacitação são adaptações que podem ocorrer de

forma gradual, associados ao desenvolvimento pessoal, ou de maneira abrupta, sendo desencadeados por experiências vividas ou situações inesperadas. É esta capacitação que por sua vez levará à mestria do CI no cuidado ao seu familiar. Neste contexto, os modelos teóricos de enfermagem oferecem contributos essenciais para compreender e orientar este percurso de transformação. Além do modelo de transições de Meleis que permite identificar e acompanhar as mudanças emocionais, sociais e práticas associadas à adoção do novo papel de cuidador, destacando a importância do apoio profissional para facilitar essa transição (Meleis et al., 2000), existem outros modelos de capacitação como o modelo de adaptação de Roy que entende o cuidador como um ser adaptativo, cuja resposta ao desafio do cuidar depende do equilíbrio entre estímulos externos e os seus mecanismos internos de *coping* (Roy, 2009).

A teoria do autocuidado de Orem reforça a necessidade de capacitar o cuidador não apenas para o cuidado ao outro, mas também para a manutenção do seu próprio bem-estar, evitando o esgotamento (Orem, 2001). Por sua vez, o modelo de *empowerment* de Gibson valoriza a construção da autonomia e da autoconfiança, promovendo uma capacitação ativa e centrada no cuidador como agente decisor (Gibson, 1995). A teoria do *stress e coping* de Lazarus e Folkman contribui com uma perspectiva psicológica, ajudando a reconhecer os fatores de stress inerentes ao cuidar e a importância de promover estratégias eficazes de *cooping* (Lazarus & Folkman, 1984). Por fim, o *Family Caregiver Competency Framework* (Guberman et al., 2001) oferece uma abordagem prática e estruturada, descrevendo as competências essenciais para o desempenho eficaz do papel de cuidador, incluindo o conhecimento técnico, as habilidades práticas e o suporte emocional. A integração destes modelos permite uma abordagem holística e fundamentada da capacitação, respondendo às reais necessidades dos cuidadores informais e valorizando a sua experiência individual, tornando-os parceiros ativos na continuidade dos cuidados.

Na interação com o CI, o EEER deve ter como base dessa relação a sua unicidade, estabelecendo prioridades que considerem as necessidades tanto da pessoa assistida como do cuidador. Compete ao EEER transmitir conhecimentos e desenvolver capacidades que habilitem o CI na prestação de cuidados, oferecendo-lhe a instrução e o treino necessários para que se sinta preparado e motivado para enfrentar os desafios de saúde (Oliveira et al., 2021).

Sequeira (2018) reforça a ideia de que, a atuação dos profissionais de saúde é essencial para capacitar os cuidadores, dotando-os de competências cognitivas (informação), instrumentais (saber-

fazer) e pessoais (saber lidar com). Para promover ganhos em saúde tanto para o cuidador quanto para a pessoa cuidada, é crucial fortalecer a colaboração entre cuidadores formais e informais. O mesmo autor sugere a implementação de programas estruturados em três fases: inicialmente, a disponibilização de informação sobre a doença e os cuidados necessários; posteriormente, o apoio prático através de orientação, instrução e treino; e, por fim, a oferta de suporte emocional e psicológico para minimizar a sobrecarga associada ao ato de cuidar.

A importância de desenvolver modelos e programas de capacitação, e por sua vez, a mestria é suportada pela evidência que indica que, mesmo os programas de curta duração, contribuem para a redução da sobrecarga do cuidador e para a melhoria das suas competências no desempenho do cuidar. Para maximizar o impacto, os cuidadores devem ser participantes ativos nesses programas, em vez de um papel meramente recetivo, promovendo a sua autoeficácia (Dixe et al., 2020).

Tal como já foi reiterado, o EEER tem como uma das suas funções suprir as necessidades educativas dos cuidadores. A educação no âmbito da saúde, sob uma perspetiva crítica, deve ser vista como um processo de construção, onde aprender envolve desenvolver habilidades pessoais e sociais, em vez de simplesmente adquirir conhecimentos ou reproduzir comportamentos. O enfoque atual nas práticas educativas visa fortalecer a capacidade de escolha das pessoas, incentivando a participação ativa no processo de tomada de decisão e na implementação de estratégias para melhorar a sua saúde (Pinto et al., 2023; Sousa et al., 2020).

Assim, é fundamental garantir que o cuidador disponha de um conjunto de conhecimentos, competências e recursos que lhe permitam prestar assistência adequada ao seu familiar dependente pelo que o enfermeiro deve identificar, planejar, executar e avaliar continuamente as suas intervenções, garantindo uma abordagem eficaz e ajustada às necessidades do cuidador e da pessoa dependente (Petronilho, 2007).

1.3 Programas de Reabilitação

Os Programas de Reabilitação em Enfermagem são um conjunto de intervenções sistemáticas e planeadas que visam restaurar a funcionalidade e a qualidade de vida de utentes que enfrentam limitações físicas, mentais ou sociais devido a doenças, lesões ou condições crónicas. Estes programas são desenvolvidos por equipas de enfermagem em colaboração com outros profissionais de saúde e

podem incluir um conjunto de atividades, como exercício físico, educação para a saúde, suporte emocional e treino de atividades de vida diárias.

Os programas de Enfermagem de Reabilitação têm como objetivo principal promover a autonomia e a reintegração social da pessoa em situação de dependência. Estes programas baseiam-se em princípios como a individualização do cuidado, a abordagem multidisciplinar e o envolvimento ativo do utente e da família no processo de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

A Enfermagem de Reabilitação em Portugal tem-se afirmado como uma especialidade essencial na promoção da autonomia e funcionalidade das pessoas em situação de dependência. Esta prática especializada é orientada por programas estruturados que visam a recuperação e reintegração dos utentes na comunidade. A Enfermagem de Reabilitação é uma área especializada da prática de enfermagem que visa maximizar o potencial funcional e a qualidade de vida das pessoas com limitações físicas, psíquicas ou sociais, temporárias ou permanentes. Em Portugal, o desenvolvimento de programas de Enfermagem de Reabilitação tem ganho relevo, acompanhando as necessidades crescentes da população envelhecida e com doenças crónicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019b; Correia et al., 2023).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019b), o EEER é responsável por planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem que visem restaurar ou manter a funcionalidade, utilizando técnicas específicas, como a cinesiterapia, o treino de AVD, e a prevenção de complicações associadas à imobilidade.

Existem diversos programas de Enfermagem de Reabilitação que são implementados em diferentes contextos de saúde, cada um focado nas necessidades específicas dos utentes, nomeadamente Programas de Reabilitação Neurológica, focada nos utentes que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC), lesões cerebrais traumáticas ou outras condições neurológicas. O objetivo é restaurar a função motora, a fala e a cognição (Araújo et al., 2021; Santos, Martins & Campos, 2020); Reabilitação Cardíaca destinada a pessoas com doenças cardiovasculares, visando promover a redução do risco cardiovascular, incentivar a adoção e manutenção de comportamentos de vida saudáveis, diminuir a incapacidade e promover um estilo de vida ativo (Delgado et al., 2021); Reabilitação Respiratória para utentes com doenças respiratórias em que o programa é composto por treino de exercício, educação, reeducação funcional respiratória e suporte psicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2023); a Reabilitação Geriátrica, com foco na população idosa, investe na recuperação de habilidades funcionais

e a prevenção de quedas e complicações (Garcia, Cunha & Novo, 2021; Rodrigues Mendes et al., 2023; Gomes et al., 2019); a Reabilitação Ortopédica trabalha com utentes que passaram por cirurgias ortopédicas ou que têm lesões musculoesqueléticas, focando na recuperação da mobilidade e força muscular (Lourenço et al., 2021; Dias, Ferrinho Ferreira & Messias, 2021) e ainda a Reabilitação em Oncologia que se destina a utentes com problemas oncológicos e que estão a lidar com os efeitos colaterais do tratamento a melhorar a sua qualidade de vida (Santos & Pêla, 2023; Rodrigues & Gomes, 2021).

Em Portugal, os programas de Enfermagem de Reabilitação podem ser realizados em diferentes contextos: Unidades de Internamento de Reabilitação, presentes em hospitais e centros de reabilitação, estes programas são dirigidos a pessoas com sequelas neurológicas, ortopédicas ou outras condições limitantes, com foco na reabilitação intensiva; Unidades de Cuidados Continuados Integrados, que contemplam, no âmbito da RNCCI, unidades de média e longa duração onde os enfermeiros de reabilitação desenvolvem planos terapêuticos personalizados para utentes em fase de recuperação ou estabilização clínica; Reabilitação no Domicílio, onde os cuidados de saúde são prestados diretamente na casa do utente, por equipas da unidade de saúde (como os Cuidados de Saúde Primários ou Cuidados Continuados Integrados – ECCI), que proporcionam programas de reabilitação no domicílio, permitindo ao utente recuperar num ambiente familiar, apresentando eficácia na redução da institucionalização e na melhoria da qualidade de vida; e, por fim, Programas na Comunidade, onde os cuidados são prestados fora do domicílio e fora do hospital, em espaços da comunidade como centros de saúde, escolas, centros de dia, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), lares de idosos, associações locais, etc., em que os enfermeiros de reabilitação participam em programas de prevenção de quedas, promoção da mobilidade e educação para a saúde, dirigidos a grupos vulneráveis, como idosos.

Entre os principais desafios enfrentados para a implementação dos programas destacam-se a escassez de recursos humanos especializados, a necessidade de formação contínua, e a integração efetiva dos enfermeiros de reabilitação em equipas multidisciplinares. No entanto, com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crónicas, prevê-se uma maior valorização e expansão desta área.

Todo o exposto evidenciou a figura de referência que é o EEER assumindo-se como um facilitador na adaptação eficaz do CI ao seu novo papel. Este profissional estabelece parcerias entre cuidadores

formais e informais e planeia intervenções contextualizadas que promovam a facilitação dos cuidados e a melhoria da sua qualidade (Melo et al., 2014). Assim, a necessidade de aprofundar a compreensão sobre os programas de reabilitação existentes para a capacitação do cuidador levou à realização desta *scoping review*.

2. METODOLOGIA

2.1. Questão de *Scoping Review* e Objetivos

A formulação de uma pergunta de pesquisa clara e bem definida é crucial para a orientação eficaz de uma *scoping review*, já que esta irá conduzir todo o processo de pesquisa, seleção e análise dos estudos. Deste modo, é fundamental adotar uma estrutura apropriada para desenvolver uma pergunta de pesquisa que aborde todos os aspetos relevantes para a revisão.

Neste estudo foi utilizada a metodologia de *scoping reviews* proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI), e a mnemónica “PCC”, que significa População, Conceito e Contexto (Aromataris et. al, 2024):

População – Cuidador informal de pessoas em reabilitação

Conceito – Programas de Enfermagem de Reabilitação para capacitação do cuidador

Contexto – Qualquer contexto da prestação de cuidados (hospitalar, domiciliário, Cuidados de Saúde Primários, Centros de Reabilitação).

Assim surge a pergunta de pesquisa: “Quais são os programas de Enfermagem de Reabilitação que promovem a capacitação de cuidadores?”

O objetivo central deste estudo é então, mapear a evidência científica sobre os programas de Enfermagem de Reabilitação promotores da capacitação do cuidador procurando responder às seguintes perguntas:

1. Quais os programas de reabilitação dirigidos à capacitação do cuidador?
2. Em que contextos são aplicados os programas de reabilitação dirigidos à capacitação do cuidador?
3. Quais os domínios da funcionalidade em que são aplicados estes programas (cardíaco, respiratório, neurológico, etc.)?
4. Quais os instrumentos utilizados para a avaliação da capacitação do cuidador?

2.2. Critérios de inclusão no estudo

Os critérios de inclusão estabelecidos, com base na mnemónica “PCC” e de acordo com as orientações do JBI para *scoping reviews*, de modo a assegurar que a seleção dos estudos seja direcionada e que apenas aqueles mais pertinentes e adequados sejam considerados na análise, foram os seguintes:

População – foram considerados estudos que incluíam cuidadores informais de pessoas inseridas em programas de reabilitação, com mais de 18 anos;

Conceito – foram considerados estudos que exploram os programas de Enfermagem de Reabilitação para a capacitação do cuidador;

Contexto – foram considerados estudos, independentemente do país do estudo, conduzidos em qualquer ambiente de prestação de cuidados;

Tipos de estudos – esta revisão incluiu estudos com desenhos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos e todos os tipos de revisões sistemáticas. Dada a necessidade de delimitação, foram considerados apenas estudos publicados entre 2019 e 2024, com disponibilidade integral dos textos e acesso livre, disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Com estes critérios de inclusão asseguramos que a revisão reúna evidências específicas sobre os programas de Enfermagem de Reabilitação que promovem a capacitação do cuidador, permitindo uma análise direcionada à pertinência e aplicabilidade das intervenções de reabilitação nos diversos contextos de saúde.

2.3. Estratégia de Pesquisa

Segundo o JBI, a estratégia de pesquisa num estudo tem como objetivo identificar e reunir o maior número possível de evidências relevantes para responder à pergunta de pesquisa, garantindo abrangência e precisão na recolha de dados. Para isso, a estratégia deve ser cuidadosamente delineada, abrangendo diversas fontes, combinações de termos de pesquisa, além do uso de operadores booleanos e filtros específicos, de modo a otimizar a sensibilidade e especificidade da pesquisa. Desta forma, procurou-se assegurar que todos os estudos potencialmente pertinentes fossem incluídos, minimizando vieses e garantindo a qualidade dos resultados da revisão (Peters et al., 2024).

A escolha dos termos de pesquisa teve início com a consulta dos Descritores em Ciências da Saúde no site <https://decs.bvsalud.org/>, obtendo-se os seguintes termos MeSH: “Rehabilitation Nursing”, “Caregiver”, “Mentoring” e “Empowerment”. A 23 de novembro de 2024, foi realizada uma pesquisa exploratória na base de dados MEDLINE (via PubMed) com o objetivo de identificar artigos relevantes sobre o tema em estudo. Posteriormente, as palavras-chave e os termos mais recorrentes foram utilizados para expandir a pesquisa nessa e noutras bases de dados. Assim, os termos “rehabilitation programs”, “nursing”, “caregiver training”, “caregiver teaching”, embora não sejam classificados como termos MeSH, por surgirem frequentemente como palavras-chave em publicações relacionadas com esta temática, justificaram a sua inclusão na pesquisa.

Para garantir maior precisão e especificidade na pesquisa, foram utilizados os operadores booleanos “AND”, “OR” e a versão portuguesa “E”. Além disso, tendo sido constatada a existência de palavras derivadas com diferentes sufixos, optou-se pela utilização da truncatura “*”, permitindo abranger múltiplas variações de uma mesma palavra.

As pesquisas decorreram entre 23 de novembro de 2024 e 15 de fevereiro de 2025 e as bases de dados onde foram realizadas as pesquisas incluíram MEDLINE (via PubMed), Scopus, Cochrane, CINAHL Complete (via EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCOhost), MedicLatina (via EBSCOhost), MEDLINE Complete (via EBSCOhost), SCIELO, DANS – Data Station Life Sciences, ProQuest, RCAAP, BVS e Google Académico.

Dado que cada base de dados apresenta particularidades na forma de pesquisa, a estratégia foi adaptada conforme necessário, mantendo, no entanto, uma abordagem consistente entre elas. As equações de pesquisa resultantes, para cada base de dados, bem como os filtros utilizados, podem ser consultadas na tabela 1:

Tabela 1: Estratégia de pesquisa

SCOPUS – PESQUISA 14/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	TITLE-ABS (caregiver) OR TITLE-ABS (caregiver AND training) OR TITLE-ABS (caregiver AND teaching) AND TITLE-ABS (rehabilitation AND nursing) OR TITLE-ABS (rehabilitation AND programs) OR TITLE-ABS (rehabilitation) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese) OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish) OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	156
#2	TITLE-ABS (caregiver) OR TITLE-ABS (caregiver AND training) OR TITLE-ABS (caregiver AND teaching) AND TITLE-ABS (rehabilitation AND nursing) OR TITLE-ABS (rehabilitation AND programs) OR TITLE-ABS (rehabilitation) AND TITLE-ABS (empowerment) OR TITLE-ABS (mentoring) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	3
#3	TITLE-ABS (caregiver) OR TITLE-ABS (caregiver AND training) OR TITLE-ABS (caregiver AND teaching) AND TITLE-ABS (rehabilitation AND nursing) OR TITLE-ABS (rehabilitation AND programs) OR TITLE-ABS (rehabilitation) AND TITLE-ABS (nursing) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	26
Filters applied: 2019-2024; Subject area: Nursing; English, Portuguese, Spanish; All Open Access		
COCHRANE – PESQUISA 14/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	("caregiver"):ti,ab,kw OR ("caregiver training"):ti,ab,kw OR ("caregiver teaching"):ti,ab,kw AND ("rehabilitation nursing"):ti,ab,kw OR ("rehabilitation programs"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	109

#2	("caregiver"):ti,ab,kw OR ("caregiver training"):ti,ab,kw AND ("rehabilitation nursing"):ti,ab,kw OR ("rehabilitation programs"):ti,ab,kw AND ("empowerment"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	92
#3	("caregiver"):ti,ab,kw OR ("caregiver training"):ti,ab,kw AND ("rehabilitation nursing"):ti,ab,kw OR ("rehabilitation programs"):ti,ab,kw AND ("mentoring"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	92
#4	("caregiver"):ti,ab,kw OR ("caregiver training"):ti,ab,kw AND ("rehabilitation nursing"):ti,ab,kw OR ("rehabilitation programs"):ti,ab,kw AND ("nursing"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	94
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Cochrane Reviews, Cochrane Protocols		
MEDLINE (VIA PUBMED) - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	("caregiver"[Title]) AND ("rehabilitation"[Title])	4
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text; English, Portuguese, Spanish; Adult: 19+ years; MEDLINE		
CINAHL COMPLETE (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 28/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"Caregiver" AND "rehabilitation"	11
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text; English, Portuguese, Spanish		
CINAHL COMPLETE (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 04/01/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"Caregiver" AND "rehabilitation programs"	3
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text; English, Portuguese, Spanish		
NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"caregiver*" AND "rehabilitation**"	5
#2	"rehabilitation programs" OR "rehabilitation nursing" AND "caregiver*" OR "caregiver* training" OR "caregiver* teaching"	23
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text		
NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: COMPREHENSIVE (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 04/01/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"caregiver*" AND "rehabilitation"	35
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text		
COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"rehabilitation programs" AND "caregiver**"	1
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text; English, Portuguese, Spanish		
COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 04/01/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"caregiver*" AND "rehabilitation"	2
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text		
MEDICLATINA (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"caregiver*" AND "rehabilitation"	2
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text		
MEDLINE COMPLETE (VIA EBSCOHOST) - PESQUISA A 04/01/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"caregiver*" AND "rehabilitation"	28
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Free Full Text; English, Portuguese, Spanish		
RCAAP - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"Reabilitação" E "cuidador"	22
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; Inglês, Português e Espanhol		
SCIELO - PESQUISA A 31/12/24		
Search	Query	Records Retrieved

#1	"(ti:(*reabilitação))" AND "(ti:(cuidador))"	2
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; English, Portuguese, Spanish; Ciências da Saúde		
DANS - DATA STATION LIFE SCIENCES - PESQUISA A 08/02/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"Programas de reabilitação" E "cuidador"	7
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024		
PROQUEST - PESQUISA A 09/02/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"enfermagem de reabilitação" E "capacitação do cuidador"	22
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024		
BVS - PESQUISA A 09/02/25		
Search	Query	Records Retrieved
#1	(ti:(enfermagem de reabilitação)) AND (ti:(cuidador))	7
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024		
GOOGLE ACADÊMICO - PESQUISA A 15/02/2025		
Search	Query	Records Retrieved
#1	"programas de reabilitação" E "capacitação do cuidador"	6
Filters applied: Jan 2019- Dec 2024; inglês e Português		

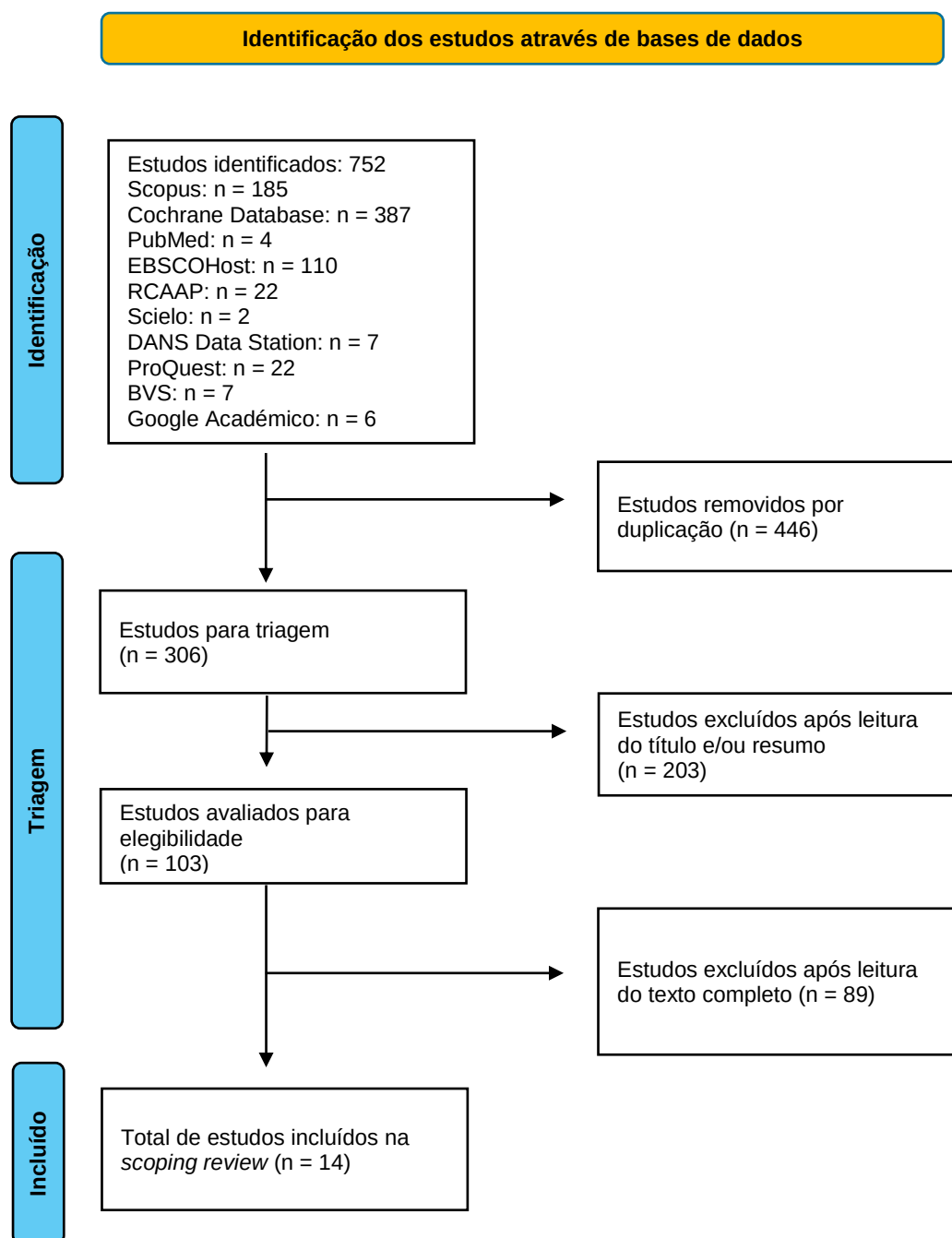
2.4. Seleção dos estudos e extração dos dados

A pesquisa realizada nas bases de dados resultou na identificação de 752 artigos, os quais foram importados para a plataforma *Mendeley® Reference Manager* e, após a eliminação de duplicados (n=446), obteve-se um total de 306 artigos para análise. Seguidamente, quatro revisores independentes procederam à triagem desses estudos com base nos critérios de inclusão estabelecidos, resultando na exclusão de 203 artigos após a leitura do título e/ou resumo, bem como na verificação da disponibilidade do texto integral.

Os 103 artigos resultantes foram importados para a plataforma online *Rayyan®*, uma ferramenta baseada na web que facilita o processo de triagem de artigos em revisões sistemáticas e meta-análises, utilizando funcionalidades como filtros, etiquetas e um modo cego para minimizar viés na seleção dos estudos (Ouzzani et al., 2016). Após a análise integral dos 103 artigos, 14 foram considerados elegíveis por cumprirem integralmente os critérios de inclusão. As divergências entre os revisores foram resolvidas por meio de discussão e consenso ou com a intervenção de um quinto revisor.

A figura 1 apresenta o processo de seleção, esquematizado de acordo com o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews*), amplamente utilizado em revisões sistemáticas e recomendado também para *scoping reviews*, conforme indicado na extensão PRISMA-ScR (*PRISMA for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018).

Figura 1: Fluxograma PRISMA adaptado às *scoping reviews*



Os dados foram extraídos dos artigos selecionados para esta revisão, por 4 revisores independentes usando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos mesmos, no *Microsoft Excel* incluído no *Microsoft 365* (Microsoft Corporation, 2024). Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre a população, o conceito e o contexto anteriormente definidos, os métodos utilizados e os resultados relevantes para a pergunta de pesquisa.

3. RESULTADOS

Os resultados desta revisão serão apresentados de forma estruturada, seguindo a lógica das questões de investigação que orientaram todo o processo de revisão, de forma a permitir uma compreensão clara das evidências disponíveis relativamente aos programas de Enfermagem de Reabilitação promotores da capacitação do cuidador.

Os estudos incluídos nesta revisão fornecem um panorama de pesquisas recentes sobre programas de Enfermagem de Reabilitação focados na capacitação de cuidadores informais para pessoas com diversas condições de saúde, como o AVC, lesão vertebro-medular (LVM) e doenças cardíacas. Estes estudos, abordam desde a identificação de necessidades e desenvolvimento de ferramentas educativas (como jogos digitais ou brochuras informativas) até à avaliação da eficácia das intervenções, em contextos domiciliários e comunitários.

Com base na pesquisa efetuada, observa-se uma clara predominância de estudos realizados em Portugal. Dos 14 estudos incluídos, publicados entre 2019 e 2024, a larga maioria (n =12), foram conduzidos em Portugal. Os restantes dois estudos foram realizados na China (Zhou et al., 2019) e na Tailândia (Ganefianty et al., 2021), havendo ainda um estudo de consenso internacional (tipo Delphi) que, embora contando com especialistas de 20 países, incluindo Portugal, Brasil e EUA, não está associado a um único país de implementação de programa (Loureiro et al., 2024). Na tabela 2, encontram-se compilados os dados essenciais extraídos dos 14 estudos selecionados para esta *scoping review*.

3.1 Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador

Dos estudos analisados, identificam-se uma variedade de programas de Enfermagem de Reabilitação, distribuindo-se por diferentes tipologias, de acordo com a condição clínica do utente e os objetivos específicos da capacitação do cuidador. Desta forma, foi possível agrupar os programas em três categorias principais: programas de reabilitação neurológica, cardíaca e musculoesquelética. Na área da reabilitação neurológica, encontram-se a maioria dos estudos analisados, refletindo a elevada prevalência de situações como o AVC, a lesão cerebral traumática (LCT) e a lesão vertebro-medular (LVM).

Tabela 2: Estudos selecionados

Nº	Autor(es), Ano, País, Título do Estudo	Tipo de Estudo/Metodologia	Objetivos do Estudo	Principais Resultados	Contexto
E1	Santos C.A., 2019 Portugal O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura	Revisão sistemática da literatura	Identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação num programa de reabilitação domiciliária, de forma a capacitar a Pessoa e os Cuidadores Informais no processo de gestão da doença.	O EEER capacita cuidadores na prestação de cuidados ao doente dependente, orientando adaptações no domicílio, prevenindo complicações e ajudando a definir objetivos realistas no processo de reabilitação. Estas intervenções fortalecem o papel do cuidador na autogestão da doença, melhoram a autonomia da pessoa cuidada e geram ganhos em saúde.	Contexto domiciliário
E2	Zhou B., Zhang J., Zhao Y., Li X., Craig S.A., Xie B., et al., 2019 China Caregiver-Delivered Stroke Rehabilitation in Rural China: The RECOVER Randomized Controlled Trial	Ensaio clínico randomizado controlado	Determinar a eficácia de um modelo de reabilitação pós-AVC, liderado por enfermeiros e implementado por cuidadores, em áreas rurais da China.	Um programa inovador de reabilitação pós-AVC, liderado por enfermeiros, com suporte digital e entregue a cuidadores, não melhorou o desempenho funcional dos utentes pós AVC, em áreas rurais da China. Não houve diferença estatisticamente significativa na recuperação física entre os grupos de intervenção e controle; desafios na implementação devido à complexidade do treino. É necessária mais investigação em reabilitação pós-AVC adequada a contextos com poucos recursos.	Hospitais rurais
E3	Barbas L., 2020 Portugal Proposta de capacitação para a pessoa com alterações do autocuidado e para o seu cuidador: ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação	Relatório de Estágio	Descrever as competências do EEER desenvolvidas na capacitação da pessoa e do cuidador.	Foram construídos um modelo de capacitação para o autocuidado e um plano de intervenção. Obtiveram-se ganhos na funcionalidade geral e no autocuidado de todas as pessoas. A capacitação do cuidador contribuiu para o seu próprio autocuidado, assim como para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente.	Contexto Hospitalar
E4	Matos M.F., Simões J.A., 2020 Portugal Enfermagem de Reabilitação na Transição da Pessoa com Alteração Motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura	Revisão sistemática da literatura	Identificar as intervenções do EEER que capacitam a pessoa e família/cuidador, em situação de AVC com alteração motora na preparação do regresso casa.	Destaque para a importância de programas de reabilitação que integrem as dimensões física, psicológica e cognitiva da pessoa com AVC, reforçando o papel fundamental dos cuidadores familiares na gestão da dependência e das AVD. A intervenção do EEER centra-se na capacitação do cuidador, no ensino e treino de AVD e na articulação com recursos comunitários para dar continuidade ao processo de reabilitação.	Contexto domiciliário

E5	Raposo P., Relhas L., Pestana H., Mesquita A., Sousa L., 2020 Portugal Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: estudo de caso	Estudo de caso qualitativo	Avaliar a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador familiar e na prestação de cuidados a uma pessoa com AVC	A capacitação do cuidador familiar resultou num aumento progressivo do conhecimento e domínio das técnicas de posicionamento antiespástico, com autonomia ao final das cinco sessões e boa adesão ao cartaz informativo como recurso educativo. Para a pessoa com AVC, verificaram-se benefícios como redução da dor no ombro hemiplégico, prevenção do agravamento da espasticidade e manutenção da integridade cutânea. O cartaz informativo foi validado e adaptado para melhorar a clareza visual e linguagem, sendo valorizado também pela equipa de enfermagem. O cuidador desenvolveu competências críticas e estratégias adaptativas para garantir conforto e alinhamento postural, culminando na resolução dos diagnósticos de enfermagem relacionados ao conhecimento e execução do posicionamento antiespástico.	Contexto Domiciliário
E6	Ganefianty A., Songwathana P., Nilmanat, K., 2021 Tailândia Transitional care programs to improve outcomes in patients with traumatic brain injury and their caregivers: A systematic review and meta- analysis	Revisão sistemática e meta-análise	Avaliar a eficácia de programas de cuidados transicionais na melhoria dos resultados de pacientes com lesão cerebral traumática (TBI) e seus cuidadores durante a transição hospital- domicílio.	Os programas de cuidados transicionais para pessoas com lesão cerebral traumática (LCT) melhoram significativamente o desempenho físico, a recuperação funcional e a autonomia dos pacientes, além de reduzir complicações secundárias após a alta. Para os cuidadores, esses programas diminuem sintomas de depressão, ansiedade e sobrecarga emocional, mostrando benefícios duradouros. As abordagens mais eficazes incluem educação, treino prático, suporte psicológico, aconselhamento individualizado e acompanhamento pós- alta (como visitas domiciliárias e follow-up), sendo esses elementos essenciais para uma adaptação bem-sucedida ao contexto domiciliário, com efeitos positivos estatisticamente significativos para pacientes e cuidadores.	Contexto Domiciliário
E7	Santos, A., 2022 Portugal O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio	Estudo Quantitativo - Estudo de Caso	Avaliar os efeitos de um programa de Enfermagem de Reabilitação na capacitação do cuidador informal para a prestação de cuidados de autocuidado ao idoso dependente após um AVC, no domicílio.	Os resultados indicaram melhorias significativas nas capacidades dos cuidadores informais em todas as áreas de autocuidado avaliadas após a intervenção. As melhorias foram mais acentuadas nas áreas que inicialmente apresentavam maior dificuldade, nomeadamente vestir/despír, transferir e posicionar. Estas diferenças foram estatisticamente significativas, evidenciando a eficácia do programa de capacitação implementado.	Contexto Domiciliário

E8	Pessoa C., Fernandes C., Nogueira P., 2022 Portugal CuizGiver: desenvolvimento de um jogo digital para a capacitação do cuidador do lesionado vertebro-medular	Estudo piloto com abordagem metodológica em 3 fases: Revisão integrativa da literatura para identificar necessidades dos cuidadores; Desenvolvimento do jogo digital "CuizGiver"; Validação do jogo por um grupo de 23 peritos.	Descrever o processo de desenvolvimento e avaliar a usabilidade e aceitação do jogo digital "CuizGiver" para capacitação de cuidadores de pessoas com lesão vertebro-medular.	Identificação de necessidades de conhecimento dos cuidadores sobre: Gestão da bexiga e intestino neurogênicos. Prevenção de infecções urinárias e respiratórias. Prevenção de úlceras de pressão. Atuação perante disreflexia autonómica e espasticidade. Gestão de medicação e nutrição adequada. O jogo foi considerado educativo, apelativo e centrado nas dúvidas dos cuidadores, com feedback positivo dos peritos.	Hospitalar e Domiciliário
E9	Peixoto A.M., 2023 Portugal Cuidado Transicional ao Cuidador Informal da pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	Revisão Narrativa da Literatura	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação com foco no cuidado transicional ao cuidador informal da pessoa com AVC	Necessidades/desafios dos cuidadores informais da pessoa com AVC na transição hospital-casa: - informação clínica e comunicação eficaz - suporte profissional - suporte jurídico/recursos e suporte financeiro - sobrecarga física/emocional e gestão emocional/psicológica - preparação/treino para o autocuidado.	Contexto Domiciliário
E10	Loureiro M., Parola V., Duarte J., Mendes E., Oliveira I., Coutinho G., Martins M.M., et al., 2023 Portugal Interventions for Caregivers of Heart Disease Patients in Rehabilitation: Scoping Review	Scoping Review	Mapear as intervenções direcionadas aos cuidadores de pessoas com doenças cardíacas em programas de reabilitação cardíaca que promovam o seu papel e saúde	Intervenções identificadas direcionadas ao cuidador: - intervenções educacionais e mudanças de hábitos de vida - exercício físico - intervenções psicológicas/controlo de stress - categoria "Outros": intervenções de treino em suporte básico de vida, elaboração de <i>guidelines</i>/recomendações e treino do papel de cuidador.	Domiciliário, Hospitalar, Comunitário e Centro de Reabilitação
E11	Antunes C.B., 2023 Portugal A educação terapêutica dos familiares cuidadores de pessoas com demência: protocolo de atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação	Revisão Integrativa da Literatura	Mapear e analisar a evidência existente sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na educação terapêutica do familiar cuidador da pessoa com demência, visando a promoção da gestão do regime terapêutico.	Quer online quer presencial, há benefícios na educação terapêutica do Cuidador Informal, na promoção da gestão do regime terapêutico e na saúde do próprio cuidador. Observou-se uma diminuição da sobrecarga dos cuidadores e uma melhoria na qualidade de vida destes. Esta educação passa pelos ensinamentos relativos aos diversos autocuidados, bem como pela gestão das alterações comportamentais.	Contexto Domiciliário

E12	Gomes C., 2023 Portugal Capacitação de Cuidadores de Pessoas com Alterações do Autocuidado: Ganhos Sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	Relatório de estágio	Desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação para capacitar cuidadores em autocuidado	Identificaram-se necessidades significativas de capacitação dos cuidadores informais em áreas como alimentação, mobilização, posicionamentos, exercícios terapêuticos e prevenção de úlceras de pressão. A dependência funcional dos utentes correlacionou-se com maiores níveis de sobrecarga dos cuidadores, agravada pela falta de conhecimento e treino adequado. As intervenções de enfermagem permitiram ganhos na funcionalidade dos utentes, redução da sobrecarga dos cuidadores, melhorias na comunicação e adaptação dos espaços domésticos, promovendo o autocuidado e a capacitação do cuidador familiar.	Contexto Domiciliário
E13	Pinto D., Magalhães S., Ferreira S., 2023 Portugal Capacitação do Cuidador Informal para a Abordagem do Equilíbrio Corporal da Pessoa Dependente em Contexto Domiciliário	Estudo quase-experimental, de grupo único, longitudinal	Avaliar o contributo de um programa de capacitação para a abordagem do equilíbrio corporal em casa	Antes da intervenção, os CI apresentavam baixos níveis de conhecimento, sendo que 90% adquiriram competências após a aplicação de um programa de capacitação baseado em sessões teórico-práticas ao domicílio, com material informativo e supervisão próxima. Verificaram-se ganhos significativos no equilíbrio corporal dos pacientes (média de 8,9 pontos no teste de Tinetti) e na autonomia funcional (ganho médio de 21 pontos no índice de Barthel), sobretudo em atividades básicas como alimentação, transferências e vestuário. A intervenção revelou-se eficaz, confirmando que a capacitação do cuidador contribui para melhorias no equilíbrio e autonomia da pessoa dependente.	Contexto Domiciliário
E14	Loureiro M., Duarte J., Mendes E., Oliveira I., Coutinho G., Martins M.M., et al., 2024 Estudo internacional Identifying Elements for a Cardiac Rehabilitation Program for Caregivers: An International Delphi Consensus	Delphi eletrónico internacional, de três rondas	Identificar componentes de programas de reabilitação cardíaca para cuidadores	Foram estabelecidas sete recomendações para a integração de cuidadores em programas de reabilitação cardíaca, destacando-se a importância da sua inclusão em ações de educação para a saúde, controlo de fatores de risco e prevenção primária. A participação dos cuidadores pode favorecer a adesão dos pacientes aos programas, sendo recomendada a sua presença especialmente nas fases II e III da reabilitação. Além disso, incentiva-se o uso da telerreabilitação como estratégia para facilitar a participação ativa dos cuidadores.	Hospitais e domicílio Ênfase em fases ambulatoriais e comunitárias (Fase II e Fase III).

Os programas incluídos nestes estudos (Santos, 2019; Zhou et al., 2021; Matos & Simões, 2020; Raposos et al., 2020; Ganefianty et al., 2021; Santos, 2022; Pessoa et al., 2022; Peixoto, 2023; Antunes, 2023) centram-se na capacitação do cuidador para prestar cuidados específicos e seguros à pessoa dependente, com foco em AVD, posicionamentos terapêuticos, utilização de ajudas técnicas e prevenção de complicações. No que respeita à reabilitação cardíaca, os estudos de Loureiro et al. (2023) e Loureiro et al. (2024) evidenciam intervenções destinadas a cuidadores de utentes com doenças cardíacas, com vista à promoção da literacia em saúde, controlo de fatores de risco, adesão ao regime terapêutico e prevenção primária. Estas intervenções incluem sessões educativas sobre a patologia, nutrição, exercício físico e suporte psicológico, podendo decorrer de forma presencial ou à distância (telerreabilitação), como proposto no estudo de consenso internacional de Loureiro et al. (2024).

Por fim, os programas inseridos na área da reabilitação musculoesquelética surgem associados a contextos de limitação funcional por lesões traumáticas, défice do equilíbrio corporal, défice no autocuidado e alterações da funcionalidade (Barbas, 2020; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023). Nestes programas destaca-se o treino prático do cuidador nas transferências, mobilizações, treino de marcha, treino de equilíbrio e exercícios terapêuticos, com o objetivo de promover a recuperação funcional do utente dependente e prevenir a sobrecarga do cuidador. Estes programas evidenciam melhorias significativas ao nível da autonomia e equilíbrio corporal dos utentes, bem como do desempenho e confiança dos cuidadores.

Alguns destes programas são estruturados em sessões sequenciais e personalizadas, utilizando métodos teórico-práticos como ensino, demonstração, treino supervisionado, e avaliação do conhecimento adquirido. Exemplo disso é o estudo de Barbas et al. (2020) que inclui a capacitação para posicionamentos específicos (antiespástico) e o estudo de Pinto et al. (2023) direcionado para a capacitação global dos autocuidados. Salienta-se, ainda, o desenvolvimento e validação de ferramentas interativas, como jogos digitais, para capacitar os cuidadores que visam tornar a aprendizagem mais interativa e eficaz (Zhou et al., 2021; Pessoa et al., 2022). Estes programas pretendem empoderar o cuidador com conhecimentos, habilidades e suporte para gerirem a condição do utente dependente e a manutenção do seu próprio bem-estar, promovendo uma aprendizagem ativa e progressiva.

3.2 Contextos de aplicação dos Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador

A maioria dos programas de capacitação dirigidos aos cuidadores são aplicados em diversos contextos, sendo o domicílio da pessoa dependente o ambiente mais frequentemente utilizado ($n = 9$) (Santos, 2019; Matos & Simões, 2020; Raposo et al., 2020; Ganefianty et al., 2021; Santos, 2022; Peixoto, 2023; Antunes, 2023; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023). Também se identificaram programas implementados em contexto hospitalar sobretudo na fase inicial da reabilitação onde se inicia o processo de ensino e treino do cuidador ($n = 2$) (Zhou et al., 2021; Barbas, 2020). Adicionalmente, surgem contextos comunitários, muitas vezes ligados a centros de saúde ou centros de reabilitação, que proporcionam programas de reabilitação a médio e longo prazo ($n = 1$) (Loureiro et al., 2023). Em alguns estudos, os programas decorreram em ambientes mistos, com início no hospital e continuidade no domicílio, numa lógica de continuidade de cuidados que reforça a articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde ($n = 2$) (Pessoa et al., 2022; Loureiro et al., 2024).

Vários estudos analisados abordam intervenções de Enfermagem de Reabilitação, realizados em contexto domiciliário, a pessoas com doenças crónicas e aos seus cuidadores. Em particular, os utentes com AVC estão presentes em vários estudos com foco no domicílio (Zhou et al., 2021; Matos & Simões, 2020; Raposo et al., 2020; Santos, 2022; Peixoto, 2023), que destacam a capacitação do cuidador informal e a promoção da autonomia da pessoa dependente no regresso a casa. Também se identificam intervenções domiciliárias para utentes com demência (Antunes, 2023), lesão cerebral traumática (Ganefianty et al., 2021) e lesão vertebro-medular (Pessoa et al., 2022), através de programas educativos e digitais inovadores. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação a utentes com doença cardíaca são iniciados em contexto hospitalar (Loureiro et al., 2023; Loureiro et al., 2024), com ênfase na reabilitação e controlo de fatores de risco e com o foco de continuidade no domicílio dos utentes. Por fim, os estudos de Santos (2019), Barbas (2020), Gomes, (2023) e Pinto et al. (2023) referem-se a pessoas com alteração da funcionalidade, déficit no equilíbrio corporal e no autocuidado, por múltiplas patologias (neurológicas, oncológicas, metabólicas) que impactam na funcionalidade e qualidade de vida do utentes e cuidadores.

3.3 Domínios da funcionalidade em que são aplicação os Programas de Enfermagem para Capacitação do Cuidador

A maioria dos programas de Enfermagem de Reabilitação aplicados para promover a capacitação do cuidador informal foram direccionados para o domínio neurológico ($n = 8$) (Zhou et al., 2021; Matos &

Simões, 2020; Raposo et al, 2020; Ganefianty et al., 2021; Santos, 2022; Pessoa et al., 2022; Peixoto, 2023; Antunes, 2023). O domínio neurológico é o mais prevalente com programas focados na reabilitação do doente com AVC, LCT, LVM e demência. Outros quatro estudos foram direcionados para o domínio musculoesquelético (Santos, 2019; Barbas, 2020; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023) e dois para o domínio cardiorrespiratório (Loureiro et al., 2023; Loureiro et al., 2024). Contudo, seis destes estudos (Santos, 2019; Barbas, 2020; Santos, 2022; Antunes, 2023; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023) evidenciam direcionar-se para um domínio misto, visto que também são direcionados para a funcionalidade global, incluindo promoção do autocuidado e intervenções variadas como treino de AVD básicas e instrumentais, equilíbrio corporal e gestão do regime terapêutico (ensino sobre uso de medicação, uso de dispositivos).

3.3 Instrumentos de Avaliação da Capacitação do Cuidador

Os estudos selecionados mencionam alguns instrumentos utilizados, quer para avaliar o cuidador diretamente (necessidades, sobrecarga, conhecimento, utilização de ferramentas) quer para avaliar resultados no utente, que podem refletir a eficácia da capacitação do cuidador (funcionalidade, autonomia). Os instrumentos especificamente relacionados com o cuidador são:

- Questionário de Avaliação das Necessidades de Cuidadores Informais (QASCI), com a finalidade de identificar e compreender as necessidades físicas, emocionais, formativas e práticas dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência (Barbas, 2020);
- *Elderly Nursing Core Set* (ENCS), instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para avaliar a funcionalidade e necessidades do idoso, com foco na atuação do cuidador (Barbas, 2020; e Gomes, 2023);
- Escala das Necessidades de Aprendizagem do Cuidador Informal (NACI), utilizada para identificar as necessidades de conhecimento e competências práticas dos cuidadores informais em relação aos autocuidados (Gomes, 2023);
- Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit, utilizada para avaliar a sobrecarga do cuidador, mostrando melhorias nos scores após a intervenção de capacitação (Gomes, 2023);

Para além da utilização de instrumentos para avaliar a capacitação do cuidador, também foi utilizada a *System Usability Scale* (SUS), num estudo de desenvolvimento de jogo digital para avaliar a usabilidade dessa ferramenta por peritos (Pessoa et al., 2022). Alguns estudos qualitativos ou de caso utilizaram métodos como observação direta, entrevistas, ou sessões de treino supervisionado com avaliação final do conhecimento/capacidade prática (Raposo et al,

2020; Santos, 2022; Pinto et al., 2023), e validação de material educativo como cartazes e brochuras (Raposo et al, 2020; Pessoa et al., 2022). Para verificar a evolução nas competências e percepção de segurança/autonomia, nos estudos de Santos (2022), Pinto et al. (2023) e Loureiro et al. (2024) foi realizada comparação com análise estatística pré e pós-intervenção.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos 14 estudos incluídos neste trabalho, foi possível extrair dados relevantes para compreender a aplicação dos programas de Enfermagem de Reabilitação dirigidos à capacitação do cuidador informal. A maioria dos estudos foi realizada em Portugal, com exceção de dois realizados na China e na Tailândia, e um estudo internacional do tipo *Delphi* com a participação de especialistas de 20 países. Esta predominância nacional reflete o crescente interesse da prática da Enfermagem de Reabilitação portuguesa na valorização do papel do cuidador informal, especialmente no âmbito da continuidade de cuidados e humanização das práticas.

Foram incluídos estudos de diferentes naturezas metodológicas, como revisões sistemáticas, estudos de caso, ensaios clínicos, estudos quase-experimentais, relatórios de estágio e estudos piloto, com abordagens qualitativas, quantitativas ou mistas. Esta diversidade permitiu mapear as várias dimensões envolvidas na capacitação dos cuidadores informais, considerando os seus contextos, áreas clínicas e impactos mensuráveis.

Para Santos (2019), a família tem um papel essencial na continuidade do processo de reabilitação do utente. Progressivamente, é atribuída à família uma maior responsabilidade no cuidado, contribuindo para um uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Neste contexto, destaca-se o papel do CI, que assume uma função crucial na recuperação das capacidades funcionais, da autonomia e da independência do utente, tornando-se o principal parceiro do EEER ao longo desse processo. Neste sentido, o EEER assume também um papel fundamental no apoio à família e ao CI, auxiliando-os na adaptação à nova realidade e na transição de papéis. Para isso, disponibiliza estratégias e recursos que os ajudam a superar as dificuldades, promovendo um equilíbrio saudável e favorecendo um processo mais rápido e consistente de adaptação à nova realidade.

Assim, os programas de Enfermagem de Reabilitação analisados revelam uma diversidade de abordagens, mas com um objetivo comum: preparar o cuidador informal para prestar cuidados seguros, eficazes e humanizados, promovendo a continuidade dos cuidados no domicílio e ganhos em saúde. Estes programas incluem frequentemente intervenções educativas estruturadas. A categorização dos programas permitiu identificar três grandes áreas de intervenção: reabilitação neurológica, cardíaca e musculoesquelética.

Os programas de Enfermagem de Reabilitação neurológica constituem a maioria dos estudos incluídos, refletindo a elevada prevalência de doenças como o AVC, a LCT, a LVM e a demência (Zhou et al., 2021; Matos & Simões, 2020; Raposo et al., 2020; Ganefianty et al., 2021; Santos, 2022; Pessoa et al., 2022; Peixoto, 2023; Antunes, 2023). Este predomínio é justificado pela complexidade das sequelas neurológicas e pela elevada dependência funcional associada, exigindo maior investimento na capacitação do cuidador. Estes programas integram estratégias como o ensino teórico, treino prático supervisionado, demonstrações e utilização de materiais educativos. A atuação do EEER é central nestes programas, sendo responsável pela identificação das necessidades, implementação das intervenções e avaliação contínua do cuidador. A combinação entre ensino teórico, demonstração prática e treino supervisionado é identificada como um fator determinante para a eficácia das intervenções, reforçando o papel do EEER como agente educador e facilitador da transição hospital-domicílio. Isto vai de encontro ao emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2019b), no Regulamento das Competências Específicas do EEER, que destaca que este deve atuar na “educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (p. 13565).

No caso particular do AVC, salienta-se a pertinência dos programas identificados, tendo em conta os dados divulgados pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2016), que aponta o AVC como a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal, sendo responsável por elevados níveis de dependência funcional. Os estudos que abordam este contexto (Zhou et al., 2021; Matos & Simões, 2020; Raposo et al., 2020; Santos, 2022; Peixoto, 2023; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023) evidenciam que a capacitação do cuidador está diretamente associada à melhoria da funcionalidade da pessoa dependente e à redução da sobrecarga do cuidador, uma relação frequentemente desvalorizada na prática clínica, mas fundamental para a eficácia dos cuidados domiciliários.

Alguns destes estudos analisados apresentam medidas de intervenção muito gerais na capacitação do cuidador, sem estabelecerem programas concretos. É o caso da revisão sistemática da literatura de Santos (2019) que conclui que as intervenções do EEER se desenvolvem em vários níveis, nomeadamente, na promoção de um ambiente seguro, identificando e eliminando barreiras arquitetónicas, orientando adaptações no domicílio, avaliando o grau de dependência nas AVD, prevenindo complicações, definindo objetivos realistas para reabilitação e desenvolvendo estratégias adaptativas com recurso a dispositivos de apoio. Por sua vez, outra revisão da literatura (Matos &

Simões, 2020), dá ênfase à realização de sessões de educação para a saúde após a avaliação do conhecimento e necessidades da pessoa/cuidador, implementação de programas de exercícios que devem ser mediados pelos cuidadores capacitados e treino de AVD, concluindo que os programas de reeducação funcional motora devem integrar a dimensão psicológica, cognitiva e física, a dependência e desenvolvimento de AVD relacionadas com o cuidado pessoal e mobilidade, e orientação e supervisão ao longo do programa de reabilitação pelo EEER, sugerindo o recurso à música para melhorar a saúde física e psicológica e o nível de cognição.

Contudo, verificam-se programas de Enfermagem de Reabilitação neurológicos mais estruturados como no estudo de caso de Raposo et al. (2020) em que é apresentado um cartaz informativo sobre posicionamento em padrão antiespástico e realizadas cinco sessões educativas a um cuidador de pessoa com AVC, com elevada dependência e portadora de espasticidade. A primeira sessão educativa incluiu a abordagem de conteúdos teóricos sobre a doença e as restantes sessões incluíram a instrução e treino sobre o posicionamento antiespástico, terminando com a avaliação do posicionamento executado pelo cuidador. Outro estudo de caso, de Santos (2022), relata a implementação de um programa de reabilitação para capacitação do cuidador estruturado em 6 sessões (cinco presenciais e uma por contacto telefónico), que incluíram sessões de ensino teórico sobre a doença e as suas limitações e posterior instrução e demonstração prática sobre AVD com recurso a ajudas técnicas. Em sessões subsequentes, o cuidador treina as atividades sendo supervisionado e num último momento é avaliado através de observação direta.

No âmbito da reabilitação cardíaca, os estudos de Loureiro et al. (2023) e Loureiro et al. (2024) reforçam a importância da inclusão do cuidador nos programas de intervenção, com foco não só na prestação de cuidados ao utente, mas também na promoção da saúde e bem-estar do próprio cuidador, uma vez que os cuidadores frequentemente compartilham fatores de risco com os utentes com doença cardíaca (Loureiro et al., 2023). Estes, devem integrar os programas de reabilitação desde o início, mas especialmente nas fases II e III da reabilitação de forma a favorecer a adesão aos programas de reabilitação (Loureiro et al., 2024). Os programas de reabilitação neste âmbito incluem sessões de educação para a saúde, gestão dos fatores de risco e atividade física/exercício, e revelam um crescente recurso à telerreabilitação como estratégia facilitadora da participação ativa do cuidador, particularmente em contextos de difícil acesso. Isto vai de encontro ao descrito por Vermelho e Pestana (2021) que referem que os programas de reabilitação cardíaca devem incluir a avaliação de risco cardiovascular, educação para a saúde, a mobilização precoce e o treino com exercício físico, dividido

em três fases, a intra-hospitalar, ambulatorio e a intervenção de longo prazo (designadas, respetivamente, por fase I, II e III). Contudo, segundo Loureiro et al. (2023), os programas de reabilitação cardíaca parecem subutilizados, com menos de 50% dos utentes a participar, após um evento agudo.

Quanto aos programas de Enfermagem de Reabilitação musculoesquelética, identificam-se intervenções centradas nos utentes com limitações motoras decorrentes do envelhecimento ou condições degenerativas (Santos, 2019; Barbas, 2020; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023). Nestes casos, as intervenções do EEER incluem treino de mobilizações, posicionamentos e transferências, bem como a reabilitação do equilíbrio corporal do utente. Estes programas demonstraram ganhos funcionais significativos no utente, e reduziram a sobrecarga física e emocional do cuidador, evidenciando os benefícios de uma abordagem integrada e personalizada.

A incorporação de tecnologias digitais e métodos de gamificação, como o “CuizGiver” (Pessoa et al., 2022) representa uma tendência emergente e relevante na capacitação dos cuidadores informais, sobretudo em populações com dificuldades de acesso físico aos serviços. A boa aceitação da ferramenta por especialistas e cuidadores, conforme evidenciado por Pessoa et al. (2022), reforça a pertinência de se continuar a investir em soluções digitais educativas. Importa ainda destacar a inovação presente noutros programas de Enfermagem de Reabilitação, como o desenvolvimento de cartazes informativos (Raposo et al., 2020) e aplicações móveis de educativas (Zhou et al., 2021), que tornam o processo de ensino mais acessível, atrativo e eficaz. Segundo Oliveira (2023), as tecnologias de informação e comunicação, como internet, telessaúde e aplicações móveis, são ferramentas fundamentais na capacitação dos cuidadores, permitindo ainda gerar indicadores sobre a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, plataformas digitais como a CUIDAGEST demonstram ser estratégias eficazes na promoção da literacia em saúde, ao oferecerem conteúdos claros e adaptados às necessidades dos cuidadores, como demonstrado por Soares (2023), contribuindo assim para a sua autonomia e confiança na prestação de cuidados no domicílio.

O domicílio surge como o principal local de implementação, evidenciando a centralidade da capacitação do cuidador como estratégia de continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A predominância de programas em ambiente domiciliário (n=9) justifica-se não só pela personalização das intervenções, como também pela prática supervisionada no espaço real onde os cuidados são prestados, e adaptação dos cuidados à realidade concreta do cuidador e da pessoa dependente,

promovendo a continuidade dos cuidados e a adaptação do cuidador às rotinas do cotidiano (Santos, 2019; Matos & Simões, 2020; Raposo et al, 2020; Ganefianty et al., 2021; Santos, 2022; Peixoto, 2023; Antunes, 2023; Gomes, 2023; Pinto et al., 2023).

Segundo o estudo de Vogt et al. (2009), o domicílio revela-se como o contexto mais adequado para a capacitação, sendo uma via eficaz para fomentar a autonomia da pessoa. Essa capacitação é crucial para a melhoria das condições de saúde, incentivando a participação ativa da pessoa na elaboração de estratégias relacionadas à sua própria saúde.

Hjelle et al. (2016) afirmam que as visitas domiciliárias frequentes oferecem à pessoa a possibilidade de permanecer num ambiente familiar e acolhedor, rodeada pelos seus entes queridos, o que contribui para um maior bem-estar emocional. Essa proximidade com seu contexto familiar facilita também a continuidade da participação em atividades de lazer fora de casa. O lar, por proporcionar um sentimento de segurança, desempenha um papel importante na recuperação da confiança necessária para retomar as AVD. Desta forma, a pessoa tende a adotar uma atitude mais proativa no processo de reabilitação, beneficiando ainda de cuidados mais individualizados e ajustados às suas necessidades.

Conforme evidenciado no artigo de revisão de Alves (2016), o domicílio revela-se o contexto ideal para o EEER identificar as necessidades da pessoa dependente e implementar intervenções que promovam o desenvolvimento ou a adaptação a novos papéis, bem como a melhoria da sua capacidade de autocuidado. Vogt et al. (2009) refere, ainda, que a visita ao domicílio por parte do EEER, constitui uma oportunidade privilegiada para capacitar o cuidador, uma vez que possibilita a identificação direta das necessidades tanto do cuidador como da pessoa dependente, promovendo o seu envolvimento ativo na construção e aplicação de estratégias de saúde.

Também se identificaram programas implementados em contexto hospitalar, sobretudo na fase inicial da reabilitação, onde se inicia o processo de ensino e treino do cuidador (Zhou et al., 2021; Barbas, 2020). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), quando uma pessoa perde a capacidade de movimentar uma parte do corpo, ou a sua totalidade, devido a uma doença crónica, deficiência ou tratamento, é possível que ao longo do tempo surjam complicações associadas à imobilidade que afetam os diferentes sistemas do organismo. A imobilidade e o défice no autocuidado decorrentes de diversas patologias faz emergir a necessidade de se iniciarem os programas de reabilitação o mais precocemente possível, sendo importante o seu início ainda em contexto hospitalar, de forma a minimizar estas complicações.

No entanto, os contextos mistos (hospital e seguimento posterior no domicílio com telerreabilitação ou em ambulatório) evidenciam maior potencial de sucesso, por permitirem um seguimento longitudinal e articulado entre níveis de cuidado, como se verifica nos estudos de Pessoa et al. (2022) e Loureiro et al. (2024). Também os estudos de Matos & Simões (2020), Peixoto (2023) e Ganefianty et al. (2021) se referem a programas de reabilitação de transição, sugerindo uma abordagem de cuidados de Enfermagem de Reabilitação iniciada em contexto de internamento, com foco na preparação do regresso do utente ao domicílio e na capacitação do seu cuidador, e com continuidade de cuidados no domicílio no pós-alta. Para estes autores, esta abordagem revela-se particularmente eficaz na prevenção de complicações e diminuição de reinternamentos, reforçando a importância da interligação e comunicação entre níveis assistenciais.

Ainda a *scoping review* de Loureiro et al., 2023, mapeou estudos de diversos contextos, descrevendo que a maioria dos programas de reabilitação cardíaca ocorreram em ambiente domiciliário ($n = 7$), dois em ambiente hospitalar, dois em Cuidados de Saúde Primários e um num centro de reabilitação, sendo o único estudo que faz referência à continuidade do programa de reabilitação em contexto comunitário.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), a avaliação clínica e funcional inicial da pessoa em reabilitação deve ser realizada através de escalas padronizadas, com o intuito de identificar de forma precisa as suas dificuldades nas diferentes atividades, permitindo assim a definição de um plano terapêutico de reabilitação personalizado. A utilização de instrumentos validados como o QASCI, NACI, ENCS e a Escala de Zarit (Barbas, 2020; Gomes, 2023), representa um avanço importante na avaliação das necessidades, competências e sobrecarga dos cuidadores. Observa-se uma associação positiva entre capacitação e redução da sobrecarga, como evidenciado nos estudos de Gomes (2023) e Antunes (2023). Programas bem estruturados tendem a promover um círculo virtuoso: quanto mais capacitado e confiante o cuidador, maior a sua eficácia na prestação de cuidados, o que se reflete na funcionalidade da pessoa dependente e no bem-estar do próprio cuidador.

4.1 Limitações do Estudo

Embora esta *scoping review* traga contributos importantes, é necessário reconhecer algumas limitações que influenciam a interpretação dos dados. Em primeiro lugar, foram incluídos apenas estudos publicados em inglês, português e espanhol, o que pode deixar de fora publicações noutros idiomas que também poderiam enriquecer esta revisão. Outra limitação verificada foi a ausência, em alguns

estudos, de informações essenciais para o mapeamento completo, como a caracterização detalhada da população ou a descrição detalhada dos programas de Enfermagem de Reabilitação implementados. Esta lacuna dificultou a recolha integral dos dados pretendidos em cada estudo. Ainda assim, procurou-se extrair o máximo de informação possível das diferentes fontes, de forma a garantir um mapeamento abrangente das evidências disponíveis. Também foram encontrados poucos estudos de natureza longitudinal, o que dificulta perceber os efeitos das intervenções ao longo do tempo. Da mesma forma, poucos programas incluem estratégias estruturadas de *follow-up* ou utilizam recursos de telerreabilitação de forma sistemática, apesar da evidência do seu potencial, como demonstrado no estudo de Loureiro et al. (2024). Além disso, os estudos apresentam grande variedade nas metodologias utilizadas, tanto nos instrumentos de avaliação como nos tipos de intervenção aplicados, o que torna difícil comparar os resultados de forma consistente. Verificou-se, também, uma falta de padronização, tanto nas intervenções aplicadas como nos critérios utilizados para avaliar os seus impactos. Esta falta de uniformização pode afetar a fiabilidade das conclusões. Por fim, grande parte dos estudos analisados centra-se em cuidadores de pessoas com doenças neurológicas, como a demência ou o AVC, o que revela uma escassez de investigação que explore a capacitação destes cuidadores noutros contextos de saúde, nomeadamente no acompanhamento de pessoas com doenças crónicas não neurológicas. Esta lacuna aponta para a necessidade de ampliar os focos da Enfermagem de Reabilitação, sobretudo com intervenções voltadas à autonomia funcional e qualidade de vida global, e não apenas a reabilitação dos défices motores isolados. Além disso, apenas dois estudos (Loureiro et al., 2023; Loureiro et al., 2024) abordam especificamente a reabilitação cardíaca com envolvimento direto do cuidador, embora o suporte ao cuidador nesses contextos possa melhorar significativamente a adesão ao tratamento e reduzir o risco de eventos adversos. Estas limitações reforçam a necessidade de mais investigação que valorize o contributo específico do EEER na capacitação do cuidador, em diferentes contextos do cuidado.

5. NOTA FINAL

A análise dos estudos selecionados permite identificar intervenções eficazes na capacitação dos cuidadores informais, evidenciando o contributo significativo dos programas de Enfermagem de Reabilitação neste domínio. As intervenções mais relevantes incluem estratégias como o ensino teórico estruturado, o treino prático supervisionado, o acompanhamento pós alta, o recurso a tecnologias educativas e a implementação de programas multicomponentes personalizados.

O ensino teórico estruturado constitui a base da maioria dos programas, abordando temas como o autocuidado, as AVD, a gestão do regime terapêutico, a prevenção de complicações, a gestão de alterações comportamentais e dos fatores de risco. Este tipo de educação visa dotar o cuidador de conhecimentos fundamentais para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

A demonstração prática e treino supervisionado são igualmente essenciais, permitindo ao cuidador desenvolver competências em áreas como os cuidados de higiene, transferências (cama para cadeira), posicionamento corporal, o uso de ajudas técnicas, apoio na alimentação, hidratação, vestuário e execução de exercícios terapêuticos. A supervisão do EEER, especialmente em contexto domiciliário, facilita a correção de técnicas, o esclarecimento de dúvidas e o reforço da autoconfiança do cuidador.

O acompanhamento após a alta hospitalar revela-se uma estratégia fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados e a adaptação ao novo contexto de vida. A realização de visitas domiciliárias, o contato telefónico e o apoio contínuo da equipa de saúde têm demonstrado impacto positivo na qualidade da transição e na adesão ao plano de cuidados. A intervenção em contexto domiciliário permite atuar diretamente sobre o ambiente real da prestação de cuidados, o que favorece a adequação das orientações à realidade do cuidador e da pessoa dependente. A adaptação do domicílio, nomeadamente a eliminação de barreiras arquitetónicas e a implementação de alterações estruturais, constitui uma dimensão importante destas intervenções, facilitando a mobilidade e a segurança no ambiente doméstico.

O recurso a tecnologias educativas tem-se afirmado como uma estratégia inovadora e um recurso educativo útil. O desenvolvimento de materiais informativos (cartazes, brochuras) e o uso de tecnologias como aplicações para smartphone ou jogos digitais educativos (como o “CuizGiver”) surgem como ferramentas inovadoras e promissoras para tornar a aprendizagem interativa e eficaz,

com boa aceitação por peritos. A telerreabilitação também é incentivada para facilitar a participação dos cuidadores.

Os programas multicomponentes personalizados, que integram educação, treino prático, suporte psicológico e acompanhamento pós-alta, revelam-se particularmente eficazes. A sua estruturação em sessões sequenciais, adaptadas ao ritmo de aprendizagem do cuidador e às limitações da pessoa cuidada, têm demonstrado ganhos significativos na qualidade dos cuidados e no bem-estar dos envolvidos.

De forma transversal, observa-se que os programas mais eficazes são os que adotam uma abordagem holística, combinando estratégias educativas com treino prático, adaptados à realidade e às capacidades do cuidador. Esta abordagem tem-se revelado determinante para promover a autonomia da pessoa cuidada, bem como para melhorar o bem-estar físico e emocional do cuidador, contribuindo para um processo de reabilitação mais seguro, contínuo e centrado na pessoa e na família.

A literatura analisada reforça que a capacitação do cuidador informal contribui para a melhoria das suas competências, aumento da autoconfiança e da perceção de segurança, assim como para a redução da sobrecarga e ansiedade. Simultaneamente, tem efeitos positivos na pessoa cuidada, refletindo-se em ganhos na funcionalidade, no autocuidado, no equilíbrio corporal, na autonomia e na prevenção de complicações.

Neste contexto, recomenda-se o desenvolvimento de programas de Enfermagem de Reabilitação que incluam estratégias de seguimento e reavaliação a médio e longo prazo, bem como o fortalecimento da articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, com vista à promoção de intervenções contínuas, personalizadas e sustentáveis.

Em suma, os programas de Enfermagem de Reabilitação direcionados à capacitação dos cuidadores informais constituem instrumentos fundamentais para assegurar a continuidade de cuidados, a autonomia funcional da pessoa cuidada e o bem-estar de ambos. Ainda assim, permanecem desafios significativos, como a necessidade de maior padronização metodológica, a ampliação para diferentes domínios clínicos e a avaliação longitudinal das intervenções. O reforço do papel do EEER nestes programas representa, portanto, uma estratégia promissora para responder às crescentes exigências decorrentes do envelhecimento populacional e das condições crónicas de saúde.

CONCLUSÃO

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório constituiu uma etapa central e estruturante no processo formativo, permitindo a consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEER, conforme definido pelos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 392/2019. A Parte I deste relatório, centrada na análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, evidenciou a progressiva aquisição e integração de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, traduzidos na prática clínica através de intervenções individualizadas, centradas na pessoa e promotoras da sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

O desempenho em contexto real de cuidados possibilitou uma atuação responsável e autónoma, onde foi possível aplicar conhecimentos teóricos e desenvolver competências em domínios como a avaliação funcional, a definição de objetivos terapêuticos realistas, a implementação de intervenções de reabilitação adequadas, bem como a capacitação da pessoa cuidada e dos seus cuidadores informais. Esta componente prática foi essencial para a interiorização do papel do EEER como elemento dinamizador da continuidade de cuidados e agente ativo no processo de reabilitação.

Paralelamente, a Parte II, correspondente à componente de investigação, que integra uma *scoping review* sobre os programas de Enfermagem de Reabilitação dirigidos à capacitação do cuidador informal, permitiu aprofundar o conhecimento científico na área da reabilitação e desenvolver competências de investigação, análise crítica e pensamento reflexivo. Esta revisão sistemática possibilitou uma compreensão alargada das estratégias educativas mais eficazes, dos contextos de aplicação e das áreas funcionais mais frequentemente abordadas, reforçando a evidência científica que sustenta a prática especializada do EEER.

A articulação entre as duas partes do relatório revelou-se fundamental para o desenvolvimento profissional e pessoal. Por um lado, a prática clínica facilitou a perceção real das necessidades dos cuidadores e a relevância da sua capacitação no contexto domiciliário. Por outro, a investigação bibliográfica conferiu suporte teórico às intervenções realizadas em estágio, promovendo uma prática baseada na evidência e sustentada em dados atuais e relevantes. Esta integração permitiu uma abordagem mais consciente, crítica e fundamentada das decisões clínicas, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

Neste percurso formativo, e à luz do modelo de aquisição e desenvolvimento de competências proposto por Dreyfus e adaptado à enfermagem por Benner (2001), reconheço-me atualmente no nível de Proficiência, o quarto dos cinco patamares descritos. Este nível caracteriza-se pela capacidade de compreender as situações clínicas de forma holística, interpretar contextos complexos com base na experiência acumulada e agir com intuição, fluidez e julgamento fundamentado. A prática deixa de ser rigidamente regida por regras para passar a ser orientada por padrões adquiridos pela experiência, permitindo um cuidado mais autônomo, eficiente e centrado na pessoa (Benner, 2001). Este posicionamento traduz-se numa atuação clínica mais segura e adaptativa, em constante evolução rumo ao nível seguinte, o de perito, que exige um domínio ainda mais refinado e intuitivo da prática.

A *scoping review*, ao evidenciar a importância dos programas de capacitação de cuidadores informais, maioritariamente desenvolvidos em contexto domiciliário e conduzidos por EEER, reforçou a pertinência de investir neste tipo de intervenção como parte integrante da reabilitação. Ao mesmo tempo, serviu de base para refletir sobre as práticas observadas e executadas em estágio, contribuindo diretamente para a aquisição de competências específicas na área da capacitação e educação.

Em suma, o presente relatório reflete o percurso do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas essenciais à prática do EEER. A interligação entre a componente prática e a componente de investigação foi determinante para a construção de um saber crítico, reflexivo e fundamentado, essencial à obtenção do grau de Mestre. No futuro, espera-se que o EEER continue a afirmar-se como um profissional diferenciador e inovador, contribuindo para a promoção da autonomia das pessoas cuidadas, o bem-estar dos seus cuidadores e a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à população. O fortalecimento desta vertente exige não só formação contínua dos enfermeiros de reabilitação, como também o desenvolvimento de políticas públicas que reconheçam formalmente o papel dos cuidadores e ofereçam suporte sistemático à sua capacitação. Investimentos em tecnologia educativa, estratégias de transição e integração entre serviços são fundamentais para sustentar os ganhos alcançados e promover a autonomia das pessoas cuidadas e de quem cuida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. (2016). Hospital at home: A realidade dentro e fora de Portugal. *Medicina Interna*, 23(1), 40-43. Acedido em 13 de junho, 2025. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_40_43.pdf
- Antunes, C. B. R. (2023). *A educação terapêutica dos familiares cuidadores de pessoas com demência: Protocolo de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. [Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Santa Maria].
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In F. A. Martins & M. C. Martins (Eds.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (1.ª ed., Cap. 12.1, pp. 164–233). Lidel
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porrit, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Acedido em 15 de outubro, 2024. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER]. (2010). Contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Acedido em 10 de janeiro, 2025. Disponível em <https://www.aper.pt/wp-content/uploads/2023/04/aper2.pdf>
- Barbas, L. (2020). *Proposta de capacitação para a pessoa com alterações do autocuidado e para o seu cuidador: Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação* [Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Acedido em 10 de janeiro, 2025. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/96ef9c23-f251-4a66-aa21-7cdb4996a205>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97–103. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
- Carpenito, L. J. (2022). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem* (15.ª ed.). Lusociência.
- Carvalho M.I., Pinto C., Ribeirinho C., Teles H., Correia P. & Almeida, I. (2022). Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal. ISCSP-ULisboa, CAPP/ISCSP-ULisboa, Fundação Aga Khan, Johnson & Johnson Foundation. Acedido em 15 de maio, 2025. Disponível em <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10400.5/29181>
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. (2a Ed.). Loures: Lusociência.
- Correia, N. M., Bernardes, R. A., Parola, V. S., & Neves, H. L. (2023). *A formação em enfermagem de reabilitação em Portugal desde 2006* [Education/training in rehabilitation nursing in Portugal since 2006]. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e21141. <https://doi.org/10.12707/RV21141>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*, 1ª série, N.º 109. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto. *Diário da República*, 1ª série, N.º 194. Assembleia da República. Lisboa.
- Delgado, B., Mendes, E., Preto, L., Gomes, B., & Novo, A. (2021). Programas de reabilitação cardíaca. In E. Mendes & B. Delgado (Eds.), *Reabilitação cardíaca: Evidência e fundamentos para a prática* (Cap. 5, pp. 39–47). Lusodidacta – Sabooks Editora.

- DGS (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Norma N.º 054. Acedido em 13 de junho, 2025. Disponível em https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf
- Dixe, M. D. A. C. R., Teixeira, L. F. da C., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. de J. A., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Dixe, M., Soares, E., Martinho, R., Rijo, R., Caroço, J., Gomes, N., & Querido, A. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência* (1st ed.). Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare).
- Eurocarers. (2023, October). *Towards carer-friendly societies - Eurocarers country profiles Portugal*. Acedido em 6 de abril, 2025. Disponível em <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>
- Ferreira, R.; Abreu, A. (2009). *Reabilitação Cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas*. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Lisboa.
- Fialho, J. (2022). *Capacitação do cuidador informal da pessoa em processo de reabilitação com compromisso do autocuidado* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora].
- França, M. (2013). Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Ganefianty, A., Songwathana, P., & Nilmanat, K. (2021). Transitional care programs to improve outcomes in patients with traumatic brain injury and their caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Belitung Nursing Journal*, 7(6), 445–456. Acedido em 26 de maio, 2025. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37497284/>
- Garcia, S., Cunha, M., & Novo, A. (2021). Programa de treino de equilíbrio para pessoas idosas. In F. A. Martins & M. C. Martins (Eds.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (Cap. 22, pp. 494–508). Lidel
- Gibson, C. H. (1995). O processo de empowerment em mães de crianças com doença crónica. *Journal of Advanced Nursing*.
- Gomes, B.N. & Ferreira, D. (2023). Reeducação funcional respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Gomes, C. P. da C. (2023). *Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. [Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus]. Acedido em 3 de maio, 2025. Disponível em <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/35308>
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (2012). Enfermagem de reabilitação: Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 8, 29–38. Acedido em 10 janeiro, 2025. Disponível em https://www.academia.edu/97146440/Enfermagem_de_reabilitação_percurso_para_a_avaliação_da_qualidade_em_unidades_de_internamento
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Gomes, N., Santana, E., Pires, I., Claudino, M., Carvalho, A., Souza, J., Gadelha, H., Silva, J., Pinto, M., & Santos, D. (2025). Eficácia das intervenções fisioterapêuticas na reabilitação de pacientes pós-AVC em ambiente hospitalar: Uma revisão de práticas e resultados. *Revista Ft*,

29(142), 06–07. Acedido em 10 janeiro, 2025. Disponível em <https://doi.org/10.69849/REVISTAFT/AR10202501141406>

- Gonçalves, P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa].
- Guberman, N., Maheu, P., & Maillé, C. (2001). *A competência dos cuidadores informais: Um quadro de referência*. Centro de Investigação e Formação CSSS Cavendish-CAU, Universidade de Montreal.
- Hjelle, K., Tuntland, H., Førland, O., & Alvsvag, H. (2016). Driving forces for home based reablement: A qualitative study of older adults experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25(5), 1581-1589. <https://doi.org/10.1111/hsc.12324>
- Instituto da Segurança Social. (2025). Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal. Acedido em 16 de março, 2025. Disponível em <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5>
- International Council of Nurses. (2020). *CIPE – português*. Acedido em 16 de março, 2025. Disponível em <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, avaliação e coping*. Springer Publishing Company.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Diário da República, 1ª série, N.º171*. Assembleia da República. Lisboa.
- Loureiro, M., Duarte, J., Mendes, E., Oliveira, I., Coutinho, G., Martins, M., & Novo, A. (2024). Identifying elements for a cardiac rehabilitation program for caregivers: An international Delphi Consensus. *Healthcare*, 12(20), 2049. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202049>
- Loureiro, M., Parola, V., Duarte, J., Mendes, E., Oliveira, I., Coutinho, G., Martins, M. M., & Novo, A. (2023). Interventions for caregivers of heart disease patients in rehabilitation: Scoping review. *Nursing Reports*, 13(3), 1016–1029. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030089>
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro].
- Margarido, A. (2016). *O cuidador formal de idosos: Vivência, experiência de burnout e sobrecarga no desempenho da profissão*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Acedido em 25 de maio, 2025. Disponível em https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/29490/1/ulfpie051921_tm.pdf
- Martins, M. M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2023). Reeducação Familiar/Social - Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 67-76). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Matos, M. F., & Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 39–46. Acedido em 10 de janeiro, 2025. Disponível em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/59/19>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Vivenciando transições: Uma teoria de médio alcance em desenvolvimento. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (2), 143–151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Mendeley. (2023). *Mendeley Reference Manager* (Versão 2.90.0) [Software]. Elsevier. Disponível em <https://www.mendeley.com/reference-management/reference-manager>
- Mendes, M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta. *Saúde & Tecnologia*, (3), pp. 5-9.
- Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Microsoft Corporation. (2024). Microsoft Excel (Versão Microsoft 365) [Software]. Disponível em <https://www.microsoft.com>
- Montiroso, R., Natale, F., Borgatti, R., & Tronick, E. (2023). *Neuroprotective care of the NICU infant clinical pathway: Positioning and handling*. Johns Hopkins All Children's Hospital. Acedido em 11 de junho, 2025. Disponível em https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/neuroprotective-care-of-the-nicu-infant-11_22_23.pdf
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* Acedido em 16 de março, 2025. Disponível em <https://Movimentocuidadoresinformais.Pt/>
- Oliveira, A. R. C. (2023). *Utilização das TIC na gestão em enfermagem para suporte à capacitação dos cuidadores familiares: Scoping review*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Acedido em 23 de maio, 2025. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/91729fbb-ee31-4bc3-a50d-0123dd02d35b>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1st ed., pp. 654–670). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido em 16 junho, 2025. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Cadernos OE* (1ª série, nº7).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Acedido em 16 de junho, 2025. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, N° 26, 681-691. Acedido em 13 de dezembro, 2024. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário

da República, 2ª série, N.º 85. Acedido em 13 de dezembro, 2024. Disponível em <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Reabilitação respiratória: Guia prático do Grupo de trabalho MCEER*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15 de maio, 2025. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Enfermagem: Conceitos de prática* (6.ª ed.). Mosby
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan: A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4
- Paixão Teixeira, C., & Silva, L. D. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: Ações de enfermagem. *Enfermería Global*, 15, 1–12. Acedido em 17, janeiro, 2025 em <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421/48421>.
- Peixoto, A. M. R. (2023). *Cuidado transicional ao cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral: Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* [Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Acedido em 13 de maio, 2025. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/ae014601-7a0f-4c28-a456-ee98e0f1b841>
- Pessoa, C., Fernandes, C. S. N. da N., & Nogueira, P. C. (2022). CuizGiver: Desenvolvimento de um jogo digital para a capacitação do cuidador do lesionado vertebro-medular. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2), 1–8. Acedido em 4 de janeiro, 2025. Disponível em <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/212/494>
- Pestana H. (2023). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 77-88). Sintra: Sabooks Lusodidacta
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Pinto, D., Magalhães, S., & Ferreira, S. (2023). Capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e365–e365. <https://doi.org/10.33194/RPER.2023.365>
- PIOMI. (s.d.). *Pediatric Integrative Oncology Medical Institute*. Acedido em 11 de junho, 2025. Disponível em <https://www.piomi.com>
- Pires, R. (2012). Operacionalização de planos de enfermagem de reabilitação integrando a linguagem CIPE/SAPE. Acedido em 17 de janeiro, 2025. Disponível em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7942/1/Pires_Rogério.pdf
- Portaria n.º 269/2022, de 8 de novembro. *Diário da República*, 1ª série, N.º 215. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social & Ministério da Saúde. Lisboa.
- Portaria n.º 64/2020, de 10 de março. *Diário da República*, 1ª série, N.º 49. Ministério das Finanças, Trabalho Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Lisboa.
- Raposo, P., Relhas, L., Pestana, H., Mesquita, A. C., & Sousa, L. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação do cuidador familiar após AVC: Estudo

de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Suppl 1), 18–28. Acedido em 4 de janeiro, 2025. Disponível em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/92/47>

- Reis, G., & Bule, M. J. (2023). Capacitação e Atividade de Vida. In *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Do Ciclo De Vida* (pp. 57–65). Lusodidacta.
- Reis, G., Bule, M., De Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 154-163). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- República Portuguesa. (2025). *Cuidador Informal*. Acedido em 7 de abril, 2025. Disponível em <https://www2.gov.pt/guias/apoio-a-familia/cuidador-informal>
- Ribeiro, O. (2021a). Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas. Lidel.
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021b). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1st ed., pp. 48–57). Lidel.
- Rodrigues Mendes, M. E., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e347. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>
- Roy, C. (2009). *O modelo de adaptação de Roy* (3.^a ed.). Pearson
- Santos, A. (2022). *O Papel do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC no Domicílio*. [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Acedido em 4 de janeiro, 2025. Disponível em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2807/1/Ana_Santos.pdf
- Santos, C. A. (2019). O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: Revisão da literatura. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Acedido em 4 de janeiro, 2025. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/976ac530-e198-431d-aa74-06fdbff64ec8>
- Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2nd ed.). Lidel Edições Técnicas Lda.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. (2017). Motor control: Translating research into clinical practice. Wolters Kluwer.
- Soares, S. M. G. (2023). *Capacitar o cuidador informal através da promoção da literacia em saúde digital*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Acedido em 4 de janeiro, 2025. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/fa98d81c-0044-4347-8901-ffb44c440b27>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). *Tudo o que precisa de saber sobre o Acidente Vascular Cerebral (AVC): Manual digital para jornalistas*. Lisboa.
- Sousa, L., Gemito, L., Ferreira, R., Pinho, L., Fonseca, C., & Lopes, M. (2022). Programs Addressed to Family Caregivers/Informal Caregivers Needs: Systematic Review Protocol. *J. Pers. Med.* 2022, 12, 145. <https://doi.org/10.3390/jpm>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2023). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 113-121). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista*

Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 3(1), 64–69.
<https://doi.org/10.33194/RPER.2020.V3.N1.8.5763>

- Sousa, L.; Carvalho, M. (2023). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Straus, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. Acedido em 15 de outubro, 2024. Disponível em https://doi.org/10.7326/M18-0850/SUPPL_FILE/M18-0850_SUPPLEMENT.PDF
- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2023). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: Avaliar para reeducar e readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 145-158). Sintra: Sabooks Lusodidacta.
- Vermelho, A. & Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intra-hospitalar. In Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.
- Vogt, M., Gonçalves, M., & Silveira, D. (2009). Ações para capacitação de cuidadores em unidades de saúde da família. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 93-101.
- Zhou, B., Zhang, J., Zhao, Y., Li, X., Craig, S. A., Xie, B., et al. (2019). Caregiver-delivered stroke rehabilitation in rural China: The RECOVER randomized controlled trial. *Stroke*, 50(7), <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021558>