



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trabalho Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

Promoção da Educação para a Saúde do Cuidador Informal na Preparação para a Alta do Utente

*Ana Patrício Santos
Joana Brito Fernandes*

Data
junho de 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Promoção da Educação para a Saúde do Cuidador Informal na Preparação da Alta do Utente

Ana Patrício Santos

Joana Brito Fernandes

Orientadora

Professora Assistente Convidada Sandra Bartolomeu Pires

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizada sob a orientação científica da Professora Assistente Convidada Sandra Bartolomeu Pires, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho, 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor Carlos Manuel Leitão Maia

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

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

Orientadora

Doutora Sandra Bartolomeu Pires

Professora Assistente Convidada, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

A conclusão deste percurso académico exige, antes de mais, expressar a nossa mais sincera gratidão às instituições que nos acolheram e formaram. Endereçamos um agradecimento institucional ao Instituto Politécnico de Castelo Branco, pelo espaço de crescimento científico e pessoal que proporciona aos seus estudantes. De forma muito particular, manifestamos o nosso profundo reconhecimento à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Foi nesta prestigiada instituição que encontrámos as bases para edificar o nosso futuro, agradecendo toda a formação humana e científica proporcionada ao longo desta licenciatura, fundamental para a nossa afirmação como futuras profissionais de saúde.

Estendemos este reconhecimento a todo o corpo docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem cuja dedicação e partilha de saberes foram determinantes na nossa evolução, bem como aos membros do júri que avaliarão este projeto, enriquecendo a nossa visão científica com os seus futuros contributos.

À nossa orientadora pedagógica, a Professora Assistente Convidada Sandra Bartolomeu Pires, dirigimos uma palavra de profunda admiração e agradecimento. A sua constante disponibilidade, a clarividência na orientação e a generosidade na partilha de conhecimentos foram pilares fundamentais para a concretização deste projeto. Mais do que um rigoroso acompanhamento técnico, o seu incentivo constante nas fases de maior exigência dotou-nos da confiança necessária para superar os desafios intelectuais que esta investigação nos impôs.

A vertente prática da Enfermagem consolida-se no contacto direto com a realidade clínica. Assim, expressamos a nossa gratidão à Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia do Fundão e à Unidade de Cuidados na Comunidade da ULS Cova da Beira. O acolhimento nestas instituições proporcionou-nos experiências de aprendizagem ímpares, nomeadamente na área dos cuidadores informais, revelando-se estruturante para o desenvolvimento de competências profissionais e humanas, moldando a nossa sensibilidade para o cuidar.

O nosso muito obrigada estende-se a todos os enfermeiros e enfermeiras que, nos diferentes contextos de ensino clínico, assumiram o papel de mentores e orientadores de campo. A vossa paciência, o vosso exemplo deontológico e a permanente disponibilidade para nos integrar na prática quotidiana da profissão foram contributos inestimáveis para a nossa formação.

Um agradecimento repleto de emoção é devido a todos os utentes, famílias e cuidadores com quem privámos ao longo dos nossos estágios. Agradecemos genuinamente a confiança que depositaram nas nossas mãos, os ensinamentos implícitos nas suas histórias de vida e as valiosas experiências partilhadas. Foram eles que nos lembraram a verdadeira essência da Enfermagem: a humanização do cuidado e o respeito pela dignidade do outro.

Numa dimensão mais intrínseca a este trabalho, cumpre-nos partilhar um agradecimento mútuo. Como coautoras e companheiras de jornada, Joana Fernandes e a Ana Santos, encontramos neste término de ciclo a oportunidade ideal para celebrar a parceria construída. Agradecemos mutuamente o apoio, o companheirismo, a dedicação e a entejuda demonstrados em cada etapa. A resiliência partilhada e o sólido trabalho

em equipa não só viabilizaram a excelência deste projeto, como também estreitaram laços que transcendem o contexto académico.

Dedicamos também um agradecimento muito especial ao Rodrigo Cutelo. A sua ajuda imprescindível e a sua constante disponibilidade em momentos cruciais da realização deste trabalho foram de um valor incalculável. O seu incentivo constante e o apoio prestado constituíram uma fonte de estabilidade e motivação pela qual guardamos uma sincera e terna gratidão.

Aos nossos amigos, em especial à Filipa Coelho, ao Diogo Rocha e à Diana Gregório, deixamos o nosso sentido reconhecimento. Obrigado pela amizade, pelo apoio constante e pela imensa compreensão demonstrada. A vossa presença ao longo desta caminhada, marcada por palavras de ânimo e momentos de descompressão, tornou este percurso consideravelmente mais leve e feliz.

Por fim, expressamos o mais profundo e emocionado agradecimento às nossas famílias. Às famílias de ambas, agradecemos o apoio incondicional, a paciência, a compreensão e o incentivo permanente ao longo de todo o percurso académico. A confiança que sempre depositaram em nós foi o motor que nos impulsionou a caminhar, mesmo quando o cansaço parecia vencer. Esta vitória académica é também vossa.

“Estamos para além do debate sobre se a enfermagem é ciência ou arte. O nosso compromisso é fazer a diferença.”

Afaf Meleis

Resumo

Introdução: A transição do internamento para o domicílio constitui um momento de elevada vulnerabilidade para a pessoa adulta dependente e para o seu cuidador informal, exigindo intervenções estruturadas de preparação para a alta.

Objetivo: Explorar as estratégias de educação para a saúde promovidas pela enfermagem ao cuidador informal na preparação para a alta de pessoas adultas.

Metodologia: Revisão narrativa da literatura guiada pelo modelo PICO. A pesquisa foi realizada entre fevereiro e abril de 2026 nas bases de dados PubMed, B-ON e Google Académico, tendo a análise sido conduzida por metodologia temática qualitativa.

Resultados e Discussão: Incluíram-se 22 artigos. A evidência sugere que as práticas assistenciais habituais tendem a perpetuar a falta de preparação e o *stress* das famílias, enquanto as intervenções de educação para a saúde assentes na simulação clínica, na comunicação estruturada e na coprodução do plano de alta se associam a maior autoconfiança, prontidão e desenvolvimento de mestria do cuidador, entendida como a capacidade de assumir com segurança o novo papel. À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a continuidade segura no domicílio surge condicionada pela mitigação de inibidores estruturais, como o baixo rendimento e as falhas de articulação com os Cuidados de Saúde Primários. A evidência sobre a redução de readmissões revelou-se, contudo, de força limitada e sobretudo de curto prazo.

Considerações Finais: As estratégias educativas lideradas por enfermeiros favorecem a capacitação do cuidador, ainda que a sustentabilidade dos resultados exija uma efetiva integração em rede entre o hospital e a comunidade.

Palavras-chave

Cuidador informal; Alta; Educação para a saúde; Cuidados de enfermagem; Teoria das transições.

Abstract

Introduction: The transition from hospital to home is a period of high vulnerability for dependent adults and their informal caregivers, requiring structured discharge preparation interventions.

Objective: To explore the health education strategies promoted by nursing for informal caregivers in preparing adults for discharge.

Methodology: Narrative literature review guided by the PICO model. The search was conducted between February and April 2026 in the PubMed, B-ON, and Google Scholar databases, and the analysis was carried out using a qualitative thematic methodology.

Results and Discussion: Twenty-two articles were included. The evidence suggests that usual care practices tend to perpetuate families' lack of preparation and stress, whereas health education interventions based on clinical simulation, structured communication, and the co-production of the discharge plan are associated with greater caregiver self-confidence, readiness, and mastery development, understood as the ability to safely assume the new role. In light of Afaf Meleis's Transitions Theory, safe continuity of care at home appears conditioned by the mitigation of structural inhibitors, such as low income and poor coordination with Primary Health Care. Evidence on the reduction of readmissions was, however, of limited strength and mainly short-term.

Final Considerations: Nurse-led educational strategies foster caregiver empowerment, although the sustainability of outcomes requires effective network integration between the hospital and the community.

Keywords

Informal caregiver; Discharge; Health education; Nursing care; Transition theory

Índice geral

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Pessoa Cuidada	3
2.2. O Cuidador Informal	3
2.2.1. Definição e Evolução do Conceito	3
2.2.2. Epidemiologia do Cuidador Informal em Portugal	4
2.2.3. Tipologias de Cuidador Informal	4
2.3. Enquadramento Jurídico e Políticas de Apoio em Portugal	5
2.3.1. O Estatuto do Cuidador Informal	6
2.3.2. Evolução legislativa e desafios de implementação	6
2.4. Educação para a Saúde e Capacitação do Cuidador Informal	7
2.4.1. Fundamentos da educação para a saúde em enfermagem	7
2.4.2. Literacia em saúde como determinante da capacitação	7
2.4.3. O papel do enfermeiro na educação e capacitação do cuidador informal ...	8
2.5. Perfil, Papéis e Responsabilidades do Cuidador Informal	9
2.6. Sobrecarga do Cuidador e Impacto no Cuidar	9
2.7. A Transição para o Cuidado Domiciliário	10
2.7.1. O conceito de transição em enfermagem	10
2.7.2. Continuidade e segurança dos cuidados no domicílio	11
2.8. A alta institucional como momento de transição crítica	12
2.8.1. Vulnerabilidades, riscos e eventos adversos	12
2.8.2. A prontidão do cuidador para a alta	12
2.8.3. Importância do planeamento da alta	14
2.9. A Teoria das Transições de Afaf Meleis	14
2.9.1. Fundamentos teóricos e conceitos centrais	14
3. Metodologia	17
3.1. Tipo de Estudo	17
3.2. Questão de Investigação e Modelo PICO	18
3.3. Objetivos	18
3.4. Estratégia de Pesquisa	19
3.5. Descritores e Termos de Pesquisa	20
3.6. Critérios de Elegibilidade	20
3.6.1. Critérios de Inclusão	20
3.6.2. Critérios de Exclusão	21

3.7. Análise e Síntese de Dados.....	22
4. Apresentação e Discussão dos Resultados	25
4.1. Relevância da Educação para a Saúde do Cuidador Informal na Preparação para a Alta	26
4.2. Caracterização das Intervenções de Enfermagem em Educação para a Saúde	27
4.2.1. Métodos Inovadores e Aprendizagem por Simulação Clínica	28
4.2.2. Comunicação Terapêutica e Dinâmicas de Colaboração	29
4.3. Contribuição da Educação para a Saúde para a Continuidade dos Cuidados e Benefícios Associados.....	30
4.3.1. O Envolvimento do Cuidador Informal no Planeamento Transicional.....	30
4.3.2. Literacia em Saúde e Capacitação como Recursos Protetores.....	31
4.4. Limitações e Desafios Associados à Educação para a Saúde do Cuidador Informal.....	32
5. Relação da Teoria das Transições de Afaf Meleis com os Resultados Analisados	34
5.1. A Natureza da Transição e as suas Propriedades.....	34
5.2. Condições de Transição	35
5.3. Terapêuticas de enfermagem	36
5.4. Padrões de Resposta.....	36
5.5. Integração dos Resultados à Luz da Teoria das Transições	37
6. Considerações Finais	40
7. Referências Bibliográficas	42
Apêndice I - Póster sobre linhas de apoio ao cuidador informal em Portugal.....	48
Apêndice II – Cronograma.....	49
Apêndice III – Caracterização dos estudos incluídos no <i>corpus</i>	50

Índice de figuras

Figura 1: Esquema conceptual dos padrões na Teoria das Transições de Afaf Meleis. ...	16
Figura 2: Fluxograma de seleção de artigos	24
Figura 3: Síntese da Teoria das Transições de Afaf Meleis aplicada à preparação do cuidador informal para a alta institucional da pessoa cuidada.....	39

Lista de tabelas

Tabela 1: Componentes do modelo PICO aplicada ao presente estudo	18
Tabela 2: Descritores e Operadores booleanos utilizados na pesquisa	20
Tabela 3: Síntese das estratégias de educação para a saúde, finalidades e contributos para o cuidador informal.....	25
Tabela 4: Cronograma.....	49
Tabela 5: Caracterização dos estudos incluídos no <i>corpus</i>	50

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
art.º	Artigo
B-ON	Biblioteca do Conhecimento Online
CI	Cuidador informal
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTM-15	<i>Care Transitions Measure</i> (15 itens)
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EpS	Educação para a Saúde
FCS	<i>Family Collaboration Scale</i>
IA	Inteligência Artificial
IC	Intervalo de Confiança
IRR	Rácio de Taxas de incidência
ISS	Instituto da Segurança Social
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
n.º	Número
Obj	Objetivo
PICO	<i>Population, Intervention, Comparison, Outcomes</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RR	<i>Risk Ratio</i>
SACI	Subsídio de apoio ao cuidador informal principal
TCN	<i>Transitional Care Nurse</i>
ULS	Unidade Local de Saúde
UPP	Úlcera Por Pressão

1. Introdução

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio VI, inserida no 2.º semestre do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Mais do que consolidar competências técnicas, este estágio proporcionou-nos um confronto direto com a complexa realidade humana e social da prática clínica.

Foi precisamente no decorrer desta vivência no terreno que detetámos uma realidade preocupante: muitos cuidadores informais não sabiam ou não se sentiam devidamente preparados para levar os seus familiares para casa. Sentimos de perto a insegurança destas famílias ao depararem-se com a responsabilidade de executar, no domicílio, procedimentos complexos que, em contexto de internamento, eram assegurados por enfermeiros.

Perante este cenário, nasceu em nós a necessidade de investigar mais sobre esta problemática, procurando compreender de que formas a enfermagem pode intervir para colmatar estas lacunas e capacitar os cuidadores. Neste sentido, o estudo desenvolvido pretende contribuir para a compreensão do papel do enfermeiro na promoção da educação para a saúde do cuidador no contexto da preparação para a alta do utente. O presente trabalho assume-se, assim, como uma ponte viva e necessária entre a formação académica, a sensibilidade humana e o exercício profissional. Para alicerçar esta reflexão e compreender a magnitude deste desafio, torna-se imperativo analisar a forma como a literatura científica caracteriza esta transição de cuidados.

A alta institucional representa um momento crítico na continuidade dos cuidados, exigindo especial atenção à preparação da pessoa cuidada e da sua rede de suporte, designadamente o cuidador informal. Neste contexto, a educação para a saúde assume um papel central na capacitação do cuidador, uma vez que este passa frequentemente a assumir responsabilidades acrescidas no domicílio após a transição do internamento. A literatura sugere que a educação do cuidador pode favorecer a continuidade segura dos cuidados, promover a autonomia da pessoa cuidada e contribuir para a redução de situações de readmissão evitáveis (Araújo et al., 2025).

O cuidador informal desempenha um papel essencial no apoio à pessoa em situação de dependência, contribuindo para a prestação de cuidados físicos, emocionais e sociais. Apesar da sua relevância, este papel é muitas vezes assumido sem preparação adequada, o que pode gerar insegurança, sobrecarga e dificuldades na gestão das necessidades da pessoa cuidada (Lima et al., 2022). Assim, torna-se fundamental refletir sobre a intervenção dos enfermeiros na capacitação destes cuidadores informais, nomeadamente através de estratégias de educação para a saúde ajustadas às suas necessidades.

A escolha desta temática relaciona-se com a crescente importância dos cuidadores informais no sistema de saúde e com a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem que promovam a sua capacitação na preparação para a alta. Persiste, com efeito, um hiato entre o reconhecimento formal do direito do cuidador à informação e à formação e a sua preparação efetiva no momento da transição, frequentemente assente numa aprendizagem por tentativa e erro e desprovida de ancoragem institucional. É este o problema que o presente trabalho procura explorar.

A presente revisão explora o estado atual do conhecimento, identifica contributos relevantes e reflete criticamente sobre as intervenções de enfermagem dirigidas ao cuidador informal na preparação para a alta. Para tal, recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura, metodologia que permite reunir, analisar e sintetizar a produção científica existente sobre um tema, proporcionando uma visão ampla e contextualizada da problemática em estudo (Arcadinho et al., 2020).

Neste enquadramento, definiu-se como objetivo geral explorar as estratégias de educação para a saúde promovidas pela enfermagem ao cuidador informal na preparação para a alta de pessoas adultas. Para o operacionalizar, formulou-se, segundo o modelo PICO, a seguinte questão de investigação: nos cuidadores informais de pessoas adultas em preparação para a alta (P), as intervenções de educação para a saúde promovidas pelos enfermeiros (I), comparativamente às práticas assistenciais habituais (C), favorecem uma maior capacitação do cuidador e a continuidade segura dos cuidados no domicílio (O)? Como objetivos específicos, pretende-se:

- Analisar a relevância da educação para a saúde ao cuidador informal na preparação para a alta;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem em educação para a saúde dirigidas ao cuidador informal;
- Compreender a contribuição da educação para a saúde para a continuidade dos cuidados no domicílio e identificar outros possíveis benefícios associados;
- Identificar limitações e desafios associados à educação para a saúde do cuidador informal.

Deste modo, o trabalho encontra-se estruturado em diferentes capítulos. Inicia-se com o enquadramento teórico, onde são abordados os principais conceitos relacionados com o tema: a pessoa cuidada, o cuidador informal, enquadramento jurídico e políticas de apoio em Portugal, educação para a saúde e capacitação do cuidador informal, perfil, papéis e responsabilidades do cuidador informal, sobrecarga do cuidador e impacto no cuidar, a transição para o cuidado domiciliário, a alta institucional como momento de transição crítica, e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. De seguida, é apresentada a metodologia utilizada, enquanto processo de rigor. Posteriormente, apresentam-se e discutem-se os resultados, influenciados pela Teoria de Afaf Meleis. Por fim, são apresentadas as considerações finais, as referências bibliográficas, bem como os apêndices pertinentes.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Pessoa Cuidada

Antes de se abordar o papel do cuidador informal, importa definir a pessoa cuidada. Nos termos do artigo 3.º do Estatuto do Cuidador Informal, considera-se pessoa cuidada a pessoa em situação de dependência que necessita de cuidados permanentes, sendo titular de complemento por dependência de 2.º grau ou de subsídio por assistência de terceira pessoa. Pode ainda ser considerada pessoa cuidada a pessoa que, de forma transitória, se encontre acamada ou necessite de cuidados permanentes devido à sua situação de dependência (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro).

2.2. O Cuidador Informal

2.2.1. Definição e Evolução do Conceito

O cuidado, nas suas formas mais primitivas, surgiu ainda no período paleolítico, quando os seres humanos, na sua busca pela sobrevivência, começaram a adotar medidas básicas de higiene e proteção em grupo (Costa et al., 2025). A necessidade de cuidar uns dos outros para garantir a continuidade da espécie foi uma das primeiras manifestações do cuidado humano (Costa et al., 2025; Salviano et al., 2016). A família neste período não correspondia ao conceito mais restrito dos tempos de hoje, mas sim, a uma unidade de sobrevivência com um número mais alargado de elementos interligados por necessidade de dependência (Kramer, 2021).

Com o decorrer da história, o cuidado esteve associado a diferentes perspetivas culturais, filosóficas e religiosas. Durante a Idade Média, era entendido essencialmente como um ato de caridade, vinculado às ordens religiosas (Salviano et al., 2016), e também às mulheres, por estas apresentarem um papel importante de cuidador dos filhos e das lides domésticas. Na Idade Moderna, a incorporação do empirismo impulsionou práticas mais baseadas em evidências, que serviram de precursoras para a profissionalização da enfermagem, consolidada com as contribuições de Florence Nightingale no século XIX e o surgimento da enfermagem moderna (Salviano et al., 2016; Espírito Santo & Porto, 2006).

Este percurso histórico evidencia uma evolução gradual do conceito de cuidado, que passou de um papel familiar considerado “natural”, socialmente atribuído sobretudo às mulheres, para um reconhecimento crescente como elemento essencial nos sistemas de saúde atuais. Durante séculos, o cuidado prestado no seio da família foi entendido como uma obrigação moral e afetiva, sem reconhecimento das suas implicações para a saúde, a vida profissional ou o bem-estar de quem cuidava (Salviano et al., 2016). Contudo, nas últimas décadas, profundas transformações sociais, nomeadamente a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e as alterações na estrutura familiar, vieram colocar novos desafios à prestação de cuidados no domicílio (Sequeira, 2018). Neste contexto, o cuidador informal emerge como uma figura progressivamente reconhecida, assumindo um papel central e sendo alvo de maior atenção por parte das políticas de saúde e proteção social.

2.2.2. Epidemiologia do Cuidador Informal em Portugal

Com base nos dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto da Segurança Social (ISS), referentes a março de 2026 e relativos exclusivamente a residentes em Portugal Continental (ou equiparados), encontram-se registados 18.604 cuidadores informais (Instituto da Segurança Social, 2026a). Destes, 11.179 correspondem a cuidadores informais principais (60,1%) e 7.425 a cuidadores informais não principais (39,9%) (Instituto da Segurança Social, 2026a).

No que respeita ao perfil sociodemográfico, a idade média dos cuidadores informais situa-se nos 59 anos, sendo predominante o sexo feminino, que representa cerca de 84,2% desta população (Instituto da Segurança Social, 2026a). Verifica-se, ainda, maior prevalência de cuidadores no grupo etário dos 50 aos 59 anos. Relativamente à prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores acompanha uma única pessoa dependente (n=18.058), sendo reduzido o número registado de cuidadores responsáveis por mais do que uma pessoa (n=553) (Instituto da Segurança Social, 2026a).

No âmbito das medidas de apoio social, destaca-se o Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal (SACI), atribuído aos cuidadores que detêm o estatuto de cuidador informal principal e que cumpram critérios específicos, nomeadamente ao nível dos rendimentos do agregado familiar e da compatibilidade com outras prestações sociais (Instituto da Segurança Social, 2026b). O valor e a duração deste subsídio são variáveis, dependendo da avaliação individual de cada situação. Em março de 2026, foram processados 6.748 subsídios, com um valor médio de 430,47 euros (Instituto da Segurança Social, 2026b).

Relativamente às pessoas cuidadas, registam-se aproximadamente 18.861 indivíduos, com idade média de 61 anos (Instituto da Segurança Social, 2026a). A maioria é acompanhada por um único cuidador (n = 18.754), sendo residual o número de casos com mais do que um cuidador (n = 107) (Instituto da Segurança Social, 2026a). Em termos de distribuição por sexo, observa-se uma ligeira predominância do sexo feminino (54,4%) face ao masculino (45,6%), destacando-se maior prevalência de pessoas com idade superior a 65 anos, particularmente no sexo feminino (Instituto da Segurança Social, 2026a).

Com as transformações sociais, demográficas e epidemiológicas das últimas décadas, nomeadamente o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crónicas e a redefinição dos papéis de género, tornou-se imperioso reconhecer o cuidador informal como um elemento essencial no sistema de saúde.

2.2.3. Tipologias de Cuidador Informal

A literatura científica e os instrumentos legais convergem na definição de cuidador informal como a pessoa pertencente à família, rede de amigos, vizinhos ou comunidade organizada, que presta cuidados de forma voluntária e não remunerada a alguém em situação de dependência (Pinto et al., 2019). Este cuidador caracteriza-se por manter uma relação afetiva com a pessoa cuidada, desempenhar um cuidado permanente e não esporádico, e contribuir ativamente para a sua permanência no espaço habitacional e social (Pinto et al., 2019).

No âmbito jurídico português, a Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, define o cuidador informal como a pessoa que presta cuidados à pessoa cuidada de forma permanente ou regular, estabelecendo distinções importantes entre as diferentes modalidades desta figura (art.º2). Embora cuidadores formais e informais possam desempenhar tarefas semelhantes, existem diferenças fundamentais entre ambos.

O cuidador formal é um profissional com vínculo contratual, podendo ser trabalhador por conta de outrem ou independente, que recebe remuneração de uma entidade empregadora (empresa privada, instituição pública ou pessoa singular) para prestar cuidados a pessoas dependentes. Como qualquer trabalhador, beneficia de horário definido, remuneração e proteção social (segurança social, férias pagas, seguro de acidentes de trabalho). Possui, em regra, formação especializada que lhe confere conhecimentos aprofundados sobre as necessidades físicas e emocionais das pessoas dependentes, incluindo competências em primeiros socorros (Paiva, 2025).

O cuidador informal, por contraste, é alguém que se disponibiliza a cuidar de uma pessoa dependente sem qualquer vínculo laboral ou retribuição financeira, geralmente por partilhar com ela laços familiares, de amizade ou de vizinhança, relações preexistentes que estabelecem uma ligação afetiva única. Regra geral, não possui formação específica para cuidar, o que, embora não o impeça de exercer essa função, pode limitar a sua capacidade de agir da melhor forma em determinadas situações, como emergências médicas. Não obstante, os cuidadores informais oferecem uma conexão emocional que só alguém muito próximo consegue proporcionar (Paiva, 2025).

Dentro do universo do cuidado informal, é essencial distinguir dois perfis complementares.

O cuidador informal principal é aquele que acompanha permanentemente a pessoa cuidada, vivendo na mesma habitação e não recebendo qualquer remuneração, nem de atividade profissional, nem pelos cuidados prestados. Corresponde, em regra, ao cônjuge, unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau, ou a outra pessoa que coabite com a pessoa cuidada. Em virtude da sua dedicação integral, pode ter direito ao subsídio de apoio ao cuidador informal principal, previsto na legislação portuguesa (Lei n.º 100/2019, art.º2; Gov.pt, n.d.a).

O cuidador informal não principal, também designado cuidador secundário, é aquele que assegura cuidados de forma regular, embora não permanente, podendo exercer simultaneamente uma atividade profissional remunerada. Muitas vezes, este cuidador atua em complementaridade com o cuidador principal, integrando uma rede de apoio mais alargada que pode incluir familiares, amigos e vizinhos (Pinto et al., 2019 ; Lei n.º 100/2019, art.º2).

2.3. Enquadramento Jurídico e Políticas de Apoio em Portugal

O reconhecimento jurídico do cuidador informal em Portugal insere-se numa progressiva construção de um quadro legislativo e de políticas públicas vocacionado para responder ao crescimento da população envelhecida e dependente. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n.º 101/2006,

de 6 de junho, constituiu um dos pilares do sistema de cuidados de longa duração, articulando respostas dos setores da saúde e da segurança social.

2.3.1. O Estatuto do Cuidador Informal

O marco mais relevante foi a aprovação da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que aprova o Estatuto do Cuidador Informal, definindo direitos, deveres e medidas de apoio ao cuidador e à pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019; Alzheimer Portugal, 2019). Este reconhecimento materializou-se, em Portugal, na publicação da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, que estabeleceu o primeiro enquadramento legal para o estatuto do cuidador informal, consagrando direitos, apoios e proteção social para quem desempenha esta função, como por exemplo os seguintes:

b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;

(...)

f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;

(...)

k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

(Lei nº 100/2019, 2019, p.3)

Esta evolução sublinha a importância crescente do cuidador informal não apenas como figura de suporte à pessoa dependente, mas como parceiro ativo nos sistemas de saúde e de proteção social, cuja valorização e apoio são indispensáveis para a sustentabilidade dos cuidados à população.

Em continuidade, esta mesma lei reconhece, de forma expressa, a figura do cuidador informal principal e do cuidador informal não principal, passando a admitir a atribuição de um SACI, calculado com base nos seus rendimentos e tendo como referência o Indexante de Apoios Sociais (Lei n.º 100/2019, art.º5; ERS, 2024). O cuidador informal não principal, como trabalhador cuidador, obtém direitos de conciliação da vida profissional e familiar, incluindo licença anual de cinco dias seguidos para assistência à pessoa cuidada, teletrabalho, horário flexível e proteção contra despedimento e discriminação, conforme descrito no Guia prático do cuidador informal (Gov.pt, n.d.b).

2.3.2. Evolução legislativa e desafios de implementação

A implementação da Lei n.º 100/2019 iniciou-se em regime de projetos-piloto em 30 concelhos, regulados pela Portaria n.º 64/2020, de 10 de março, com reconhecimento do estatuto pelas estruturas da Segurança Social a partir de 1 de junho de 2020 (Portaria n.º 64/2020; ERS, 2024). A posterior aprovação do Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, alargou o regime a todo o território continental, reforçando o aumento do valor subsídio e introduzindo a possibilidade de um período de descanso do cuidador informal (Decreto Regulamentar n.º 1/2022). Estima-se que em Portugal existam cerca de 800 mil cuidadores informais, mas apenas uma pequena parte tem acesso ao estatuto e ao

subsídio, o que indica uma significativa discrepância entre o âmbito formal da lei e o seu alcance real (Moura et al., 2023).

Moura et al. (2023) documentaram que muitos cuidadores desconhecem as medidas e serviços de apoio a que têm direito, apesar do texto legal prever direito à informação e à formação, e que a aprendizagem decorre sobretudo numa lógica experiencial, pouco sustentada institucionalmente. A alteração introduzida pela Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro, e as normas subsequentes (Decreto-Lei n.º 86/2024 e Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro) visam alargar o conceito de cuidador informal principal, desburocratizar processos e aumentar o valor do subsídio, reforçando a necessidade de divulgação das condições de acesso e de reforço da formação e apoio concretos (Lei n.º 20/2024; Decreto-Lei n.º 86/2024; Decreto Regulamentar n.º 5/2024).

Esta evidente assimetria entre o desenho macro legislativo do Estatuto do Cuidador Informal e a sua integração na malha social portuguesa, onde apenas uma franja residual de cuidadores acede efetivamente aos direitos e apoios consagrados (Moura et al., 2023), coloca em relevo o fosso operacional existente na interface dos serviços assistenciais. Discute-se, por conseguinte, que o texto legal preveja abstratamente o direito à formação e à informação, mas que as famílias permaneçam submetidas a uma aprendizagem assente na tentativa e erro experiencial, desprovida de ajuda institucional (Moura et al., 2023). Torna-se evidente que a superação destas lacunas requer a afirmação do enfermeiro como um agente dinâmico e de proximidade à pessoa cuidada. Ao converter a janela temporal do internamento numa oportunidade estruturada para o planeamento antecipado e individualizado da alta, a enfermagem assume a responsabilidade de operacionalizar os direitos formais através de terapêuticas de capacitação concretas, erguendo a ponte indispensável para uma transição intersectorial segura.

2.4. Educação para a Saúde e Capacitação do Cuidador Informal

2.4.1. Fundamentos da educação para a saúde em enfermagem

A educação para a saúde em enfermagem visa promover conhecimentos, competências e comportamentos que permitam ao cuidador assumir um papel ativo na gestão da saúde e na prevenção de complicações (Rojas-Ocaña et al., 2021). Rojas-Ocaña et al. (2021) identificaram três categorias de intervenção: atitudes profissionais (comunicação, facilitar ensino), comunicação em educação e aconselhamento, e demonstração técnica de procedimentos. Os resultados são limitados por descontinuidade de visitas profissionais e ausência de planos educativos estruturados.

2.4.2. Literacia em saúde como determinante da capacitação

Definição, dimensões e impacto na gestão do cuidado

O conceito de literacia em saúde ocupa, na literatura atual, um lugar central nas discussões sobre capacitação de utentes e cuidadores. Sorensen et al. (2012), em representação do Consórcio Europeu de Literacia em Saúde, definem-na como um "conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de

saúde, permitindo-lhes tomar decisões que promovam e mantenham a qualidade de vida ao longo do ciclo de vida” (p.3). Esta definição multidimensional, que vai consideravelmente além da mera capacidade de leitura de materiais de saúde, tem implicações práticas diretas para a conceção de intervenções educativas dirigidas aos cuidadores informais.

O estudo de Costa et al. (2022), publicado em *Geriatrics*, que avaliou o perfil de literacia em saúde de cuidadores informais em Lisboa, constitui uma referência particularmente relevante para o contexto português. Os autores documentaram que, embora os níveis de literacia em saúde na amostra estudada fossem predominantemente suficientes, existiam variações significativas associadas à idade, ao nível de escolaridade e ao tipo de cuidados prestados, com implicações diretas para a priorização das intervenções de promoção da saúde (Costa et al., 2022). Estes resultados complementam-se com a revisão sistemática de Efthymiou e Papastavrou (2023), que sintetizou a evidência sobre a relação entre literacia em saúde e outras variáveis do cuidar. Concluindo que, uma literacia em saúde limitada associa-se a uma menor autoeficácia dos cuidadores, estratégias de *coping* menos adaptativas e maior utilização de serviços de urgência, o que configura um ciclo de vulnerabilidade com custos humanos e económicos substanciais.

A relação entre literacia em saúde e *outcomes* de saúde dos utentes cuidados no domicílio é mediada por múltiplos mecanismos. Por um lado, uma literacia em saúde mais elevada no cuidador traduz-se numa maior capacidade de interpretação e aplicação das instruções terapêuticas, de identificação de sinais de alarme e de comunicação eficaz com os profissionais de saúde. Por outro lado, a literacia em saúde limitada associa-se a maior probabilidade de erros de medicação, de atrasos na procura de cuidados e de dificuldades na gestão de equipamentos e tecnologias de saúde no domicílio. Esta dimensão adquire particular relevância à luz dos resultados de Freitas et al. (2025), que identificaram o baixo rendimento socioeconómico, frequentemente correlacionado com níveis mais reduzidos de literacia em saúde, como um dos principais fatores inibidores da qualidade da transição internamento-domicílio.

2.4.3. O papel do enfermeiro na educação e capacitação do cuidador informal

Intervenções educativas, estratégias de capacitação e promoção da autonomia

O enfermeiro ocupa uma posição fulcral na capacitação do cuidador informal, tanto pela proximidade relacional que caracteriza a prática de enfermagem, como enquanto promotor da saúde e educador de saúde. Rojas-Ocaña et al. (2021) destacam que as intervenções educativas de enfermagem no domicílio tendem a ser mais eficazes quando são individualizadas, adaptadas ao contexto e fundamentadas numa avaliação prévia das necessidades, competências e condições de vida específicas do cuidador. Esta perspetiva é concordante com os princípios da teoria de Meleis, que concebe as terapêuticas de enfermagem como intervenções necessariamente adaptadas às condições pessoais e comunitárias específicas de cada transição.

A promoção da autonomia do cuidador informal constitui, neste quadro, o horizonte final das intervenções educativas de enfermagem. A autonomia não se constrói pela mera transmissão de informação técnica, mas pela conjugação de conhecimento,

competência prática, confiança e suporte continuado. Costa et al. (2022) e Soares et al. (2024) convergem na conclusão de que as intervenções que integram componentes de literacia em saúde, incluindo literacia digital, e que são acompanhadas por estruturas de suporte continuado após a alta são significativamente mais eficazes na promoção da capacitação do que as intervenções pontuais e descontextualizadas. Esta evidência convoca, uma vez mais, a teoria de Meleis: a mobilização de recursos e a criação de ambientes terapêuticos, duas das medidas nucleares identificadas pela autora, pressupõem exatamente este tipo de intervenção sustentada, relacional e integrada nos contextos reais de vida do cuidador e do recetor de cuidados.

2.5. Perfil, Papéis e Responsabilidades do Cuidador Informal

O cuidador informal integra, em regra, a rede familiar ou social próxima da pessoa cuidada, assumindo uma função de apoio regular ou permanente no contexto do domicílio.

O Estatuto do Cuidador Informal prevê ainda um conjunto de responsabilidades que incluem o respeito pelos direitos e interesses da pessoa cuidada, a prestação de cuidados em articulação com os profissionais de saúde, a promoção da autonomia e da qualidade de vida, bem como a garantia de condições adequadas de higiene, alimentação, hidratação e segurança da pessoa cuidada (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro). Estas responsabilidades evidenciam a complexidade do papel do cuidador informal, que frequentemente assume tarefas contínuas no quotidiano da pessoa dependente e necessita de informação, apoio e capacitação para desempenhar adequadamente a sua função.

Neste contexto, existe um reforço na necessidade de intervenções de enfermagem centradas na educação para a saúde e na capacitação do cuidador informal, particularmente no processo da preparação para a alta.

2.6. Sobrecarga do Cuidador e Impacto no Cuidar

O termo “sobrecarga” resulta da tradução da palavra inglesa “*burden*” (Sequeira, 2010). Esta apresenta por definição, o “conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente” (Sequeira, 2010, p. 10). Este termo é compreendido como uma conotação negativa, estando associado a uma decadência da qualidade de vida, neste caso do cuidador, apresentando-se fundamental a implementação de estratégias preventivas (Sequeira, 2010).

O conceito mencionado demonstra-se em larga escala associado ao cuidador informal, por este apresentar um papel central nos cuidados prestados à pessoa cuidada (Sequeira, 2010). Tendo por consequência a deterioração física, mental, social e financeira do mesmo.

Segundo Sequeira (2010), existem dois tipos de sobrecarga, a objetiva e a subjetiva. A objetiva consiste nas consequências no familiar, sendo caracterizada como alterações no quotidiano, na vida doméstica, nas relações familiares e sociais, na saúde física e mental do cuidador (Sequeira, 2010). Já a sobrecarga subjetiva corresponde à percepção

peçoal do cuidador relativamente às consequências existidas no ato de cuidar (Sequeira, 2010).

A existência de sobrecarga pode advir de diversos fatores como, falta de suporte social, baixa escolaridade tanto da pessoa cuidada como do cuidador, formas pouco eficazes de lidar com situações difíceis (Cardoso et al., 2012). Com isto, podemos afirmar que a sobrecarga pode vir a surgir ou a aumentar se já se encontrar presente, com a intensidade e duração dos cuidados, ficando mais evidente se o cuidador apresentar falta de preparação (Cardoso et al., 2012). Cuidadores com menos conhecimento tendem a apresentar mais sobrecarga, visto que, tendem a não apresentar estratégias eficazes tanto para o dia-a-dia, como para situações de crise (Cardoso et al., 2012).

A sobrecarga do cuidador manifesta consequências tanto para o cuidador como para a pessoa cuidada: A possibilidade do cuidador desenvolver doenças do foro psicológico, como depressão e no caso da pessoa cuidada, o comprometimento dos cuidados prestados (Cardoso et al., 2012).

Por este motivo, o papel do enfermeiro revela-se de extrema importância. O mesmo tem como função auxiliar o cuidador, não só para adquirir conhecimento acerca do cuidado, mas também de encontrar mecanismos de *coping* e estratégias para diminuir a possibilidade do surgimento de sobrecarga. Um instrumento utilizado por enfermeiros para medir a sobrecarga do cuidador é a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Este instrumento possibilita a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, efetuando questões sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento com a pessoa cuidada (Sequeira, 2010). Consoante o *score* obtido é avaliada a sobrecarga, onde um *score* mais elevado corresponde a uma sobrecarga intensa (Sequeira, 2010). A partir do resultado desta escala o enfermeiro consegue adaptar as suas intervenções e auxiliar da melhor forma os cuidadores.

Uma opção de apoio apresentada aos cuidadores são as linhas de apoio telefónico de Portugal, criadas especificamente para dar resposta às dúvidas e ao desgaste emocional, exibem-se de forma gratuita e confidencial (Apêndice I).

2.7. A Transição para o Cuidado Domiciliário

2.7.1. O conceito de transição em enfermagem

Definição conceptual e tipologias

O conceito de transição ocupa, na disciplina de enfermagem, um lugar epistemológico de particular relevância. A transição pode ser compreendida como um processo orientado, que implica mudança fundamental nos padrões de vida, nas identidades, nos papéis e nas relações do indivíduo. Schumacher e Meleis (1994) foram os primeiros a sistematizar este conceito no contexto da enfermagem, argumentando que a disciplina se distingue precisamente pela sua capacidade de acompanhar os Seres Humanos nos momentos de maior vulnerabilidade. A sua análise da literatura de enfermagem de 1986 a 1992 permitiu identificar propriedades universais das transições, o processo, a direção e a mudança nos padrões fundamentais de vida, bem como condições que determinam a

qualidade da experiência de transição, designadamente os significados atribuídos, as expectativas, o nível de conhecimento, o ambiente, o grau de planeamento e o bem-estar emocional e físico do indivíduo (Schumacher & Meleis, 1994). Esta conceptualização, embora datada de três décadas, mantém a sua pertinência e constitui o alicerce conceptual sobre o qual se fundamentaram os desenvolvimentos teóricos subsequentes.

Do ponto de vista tipológico, Meleis et al. (2000) identificaram quatro categorias principais de transição: de saúde-doença, situacionais, de desenvolvimento e organizacionais. As transições de saúde-doença, nas quais se insere a alta institucional são aquelas em que o indivíduo atravessa uma alteração significativa do seu estado de saúde, com implicações diretas na identidade, nos papéis e nas capacidades (Meleis et al., 2000). Estas transições raramente ocorrem de forma isolada. Frequentemente, a alta constitui simultaneamente uma transição situacional (mudança do ambiente de internamento para o domicílio), uma transição de papel (o familiar que passa a cuidador informal) e, para muitos doentes idosos, uma transição de desenvolvimento associada ao processo de envelhecimento (Meleis et al., 2000). Esta natureza complexa e simultânea das transições tem implicações diretas para a prática clínica, na medida em que exige do enfermeiro uma avaliação holística e contextualizada da experiência do utente e da família/cuidador (Meleis et al., 2000).

Relevância para a prática

O conceito de transição assume particular relevância na prática de enfermagem pela sua capacidade de direcionar a intervenção profissional para os momentos de maior vulnerabilidade do utente e da família.

Segundo Soares et al. (2024), o uso das tecnologias pode constituir um método de auxílio na transição da instituição para o domicílio. Ainda assim, o papel do enfermeiro permanece imprescindível, na medida em que compreende as dificuldades do utente e da família e torna este processo dinâmico, aproveitando as janelas de oportunidade do internamento para que a transição se apresente versátil, individualizada, com fases identificáveis e desfechos mensuráveis. Confere-se, deste modo, à enfermagem um enquadramento conceptual capaz de sustentar intervenções terapêuticas sistematizadas e baseadas na evidência.

2.7.2. Continuidade e segurança dos cuidados no domicílio

A continuidade assistencial pode ser conceptualizada em três dimensões interdependentes: a continuidade relacional, que se refere à manutenção de uma relação terapêutica consistente ao longo do tempo entre o profissional e o utente; a continuidade informacional, que diz respeito à disponibilidade e transferência adequada de informação clínica entre contextos e profissionais; e a continuidade de gestão, que implica a coordenação coerente das intervenções ao longo do tempo e entre diferentes níveis de cuidados (Haggerty et al., 2003). No contexto da transição internamento-domicílio, as três dimensões são frequentemente comprometidas: a relação terapêutica estabelecida com a equipa da instituição de internamento é interrompida, a informação clínica nem sempre é transmitida de forma atempada e completa aos cuidados de saúde primários, e a coordenação entre os diferentes atores do sistema de saúde apresenta frequentemente lacunas que se traduzem em duplicações, omissões e descontinuidades (Markovich et al., 2026).

O estudo de Freitas et al. (2025) documentou empiricamente estas falhas no contexto brasileiro, com paralelos relevantes para a realidade portuguesa. Demonstrando que a ausência de monitorização pelos cuidados de saúde primários após a alta constitui um dos principais fatores inibidores da transição (Freitas et al., 2025). Esta evidência demonstra a necessidade de modelos que integrem e articulem os cuidados no internamento, os cuidados de saúde primários e os cuidados domiciliários (Freitas et al., 2025). A segurança do utente no domicílio depende, em grande medida, desta integração: a identificação precoce de complicações, o ajuste da terapêutica e o suporte ao cuidador informal. Estes exigem estruturas de comunicação e de articulação interinstitucional que transcendem as competências e responsabilidades de qualquer ato isolado do sistema (Freitas et al., 2025).

2.8. A Alta Institucional como Momento de Transição Crítica

2.8.1. Vulnerabilidades, riscos e eventos adversos

A alta representa um momento de transição de internamento para o domicílio com características que aumentam a vulnerabilidade da pessoa cuidada. A repentina transição do ambiente seguro e equipado, a transferência de responsabilidades de cuidados para o doente e/ou para um cuidador informal geralmente sem formação específica, e a interrupção de relações terapêuticas estabelecidas com a equipa da instituição, configuram um conjunto de condições que, na ausência de planeamento sistematizado, favorecem a ocorrência de eventos adversos (Hayajneh et al., 2020). A revisão sistemática de Hayajneh et al. (2020), identificou que os principais obstáculos ao planeamento da alta por parte dos enfermeiros incluem o défice de conhecimento sobre as necessidades pós-alta dos utentes, a ambiguidade relativamente ao momento de início e de implementação do plano, e a perceção de que a alta é uma responsabilidade médica, resultados que questionam diretamente a identidade profissional do enfermeiro enquanto gestor privilegiado da transição.

A evidência sobre os riscos associados a uma alta não planeada é robusta e consistente. A readmissão para internamento, de forma não planeada, constitui o indicador mais frequentemente utilizado para avaliar a qualidade da transição (Hayajneh et al., 2020). A literatura demonstra, que uma proporção significativa destas readmissões é evitável (Hayajneh et al., 2020). Para além das readmissões, os eventos adversos relacionados com a medicação, as quedas no domicílio, a deterioração do estado nutricional e o agravamento de Úlceras por Pressão (UPP's) figuram entre as complicações mais frequentemente documentadas nas primeiras semanas após a alta. Estes riscos são particularmente expressivos em utentes idosos, polimedicados, com comorbilidades múltiplas ou com défices cognitivos, que constituem simultaneamente os grupos com maior prevalência de dependência funcional e, portanto, com maior probabilidade de transitar para o domicílio sob cuidados informais.

2.8.2. A prontidão do cuidador para a alta

A prontidão do cuidador para a alta corresponde ao conjunto de condições que indicam que a pessoa responsável pelos cuidados no domicílio se sente, e está de facto, capaz de assumir esse papel no momento em que a pessoa cuidada deixa o

internamento (Ganefianty et al., 2024). Não se reduz a um sentimento subjetivo de confiança, pois integra também uma dimensão real, que envolve a estabilidade clínica do doente, conhecimentos suficientes sobre os cuidados a prestar e capacidade emocional para lidar com a exigência da situação (Ganefianty et al., 2024). Trata-se, portanto, de um conceito com uma componente percebida e uma componente efetiva, que nem sempre coincidem.

Este conceito ganha sentido quando se pensa na continuidade dos cuidados. A alta não representa o fim do cuidar, mas a passagem de um contexto, o internamento, para outro, o domicílio, onde o cuidador assume grande parte daquilo que antes era assegurado pela equipa de saúde. A prontidão funciona, assim, como uma condição que sustenta essa transição: quando existe, o cuidador consegue dar resposta às necessidades da pessoa cuidada em casa; quando falta, o regresso ao domicílio torna-se frágil e mais suscetível a complicações e a novos internamentos (Huang et al., 2022). Por esta razão, a prontidão do cuidador é entendida como parte integrante da própria decisão de alta, e não como um aspeto secundário (Huang et al., 2022).

Sendo um conceito multidimensional, a prontidão pode ser observada e medida através de instrumentos próprios, que traduzem a noção abstrata de "estar pronto" em indicadores concretos. Um dos instrumentos de referência é a Escala de Preparação para o Cuidar, desenvolvida originalmente por Archbold e colaboradores em 1990 (citados por Ganefianty et al., 2024), composta por oito itens em que o cuidador classifica o quanto se sente preparado, desde nada preparado até muito bem preparado. As áreas avaliadas dão uma ideia clara das dimensões que compõem o conceito: o apoio às necessidades físicas e emocionais do doente, a organização de serviços de apoio, a gestão do *stress* associado ao cuidar e a resposta a situações de emergência. A existência destes instrumentos mostra que a prontidão não é apenas uma impressão clínica, mas algo que pode ser avaliado de forma estruturada antes da alta.

A prontidão do cuidador é influenciada por múltiplos fatores, que ajudam a compreender por que razão nem todos os cuidadores chegam ao momento da alta igualmente preparados. Entre os fatores ligados à pessoa cuidada destacam-se: o seu estado funcional e a sua capacidade física, bem como a complexidade dos cuidados que vai necessitar em casa. Entre os fatores ligados ao próprio cuidador e ao seu contexto contam-se a existência de uma rede de apoio que o ajude nos cuidados, a dificuldade que antecipa sentir e as características pessoais como a idade e a escolaridade (Huang et al., 2022; Ganefianty et al., 2024). De um modo geral, quanto mais dependente é a pessoa cuidada e mais isolado está o cuidador, menor tende a ser a prontidão, o que sugere que a sua promoção deve ser ajustada ao perfil de cada pessoa e não assente num modelo único.

A enfermagem ocupa um lugar central na promoção desta prontidão. Cabe ao enfermeiro avaliar as necessidades da pessoa cuidada e da família, ensinar, demonstrar e verificar se o cuidador adquiriu de facto as competências necessárias para cuidar em casa. A literatura sublinha que a preparação é mais eficaz quando recorre a estratégias ativas, como envolver o cuidador no plano de alta, repetir os momentos de ensino e permitir que ele pratique os cuidados antes do regresso ao domicílio (Ganefianty et al., 2024). Defende-se também que este processo deve começar de forma precoce, idealmente no momento da admissão, com a identificação atempada dos fatores que

podem comprometer a prontidão, em vez de ser deixado para os últimos dias de internamento (Huang et al., 2022).

Por fim, importa distinguir a prontidão do cuidador da prontidão da pessoa cuidada. Embora relacionadas, são dimensões distintas, e uma pessoa cuidada clinicamente estável pode ter alta para um contexto em que o cuidador não está preparado, gerando um risco que facilmente passa despercebido. A esta consideração acresce o facto do cuidar, recair, na maioria dos casos, sobre mulheres, frequentemente cônjuges ou familiares próximos, muitas vezes sem formação prévia e com recursos limitados (Ganefianty et al., 2024). Estes aspetos reforçam a ideia de que avaliar e promover a prontidão do cuidador é uma forma concreta de assegurar que a alta se traduz num regresso seguro a casa e numa continuidade efetiva dos cuidados.

2.8.3. Importância do planeamento da alta

O planeamento da alta emerge, neste quadro, não como um procedimento burocrático de encerramento do episódio de internamento, mas como uma intervenção terapêutica de enfermagem com impacto mensurável nos resultados de saúde (Hayajneh et al., 2020). A revisão sistemática de Hayajneh et al. (2020) conclui que o planeamento de alta é um processo multidisciplinar que abrange a identificação de necessidades, a avaliação, o estabelecimento de objetivos, o planeamento, a implementação, a coordenação e a avaliação contínua, processo este que se inicia idealmente no momento da admissão institucional e não nas horas que precedem a alta. A teoria de Meleis reforça esta perspetiva ao requerer que a preparação antecipada constitui uma condição facilitadora da transição, enquanto a ausência de planeamento constitui um fator inibidor com consequências diretas nos indicadores de processo e de resultado.

2.9. A Teoria das Transições de Afaf Meleis

2.9.1. Fundamentos teóricos e conceitos centrais

A Teoria das Transições, formalizada por Meleis et al. (2000) num artigo publicado em *Advances in Nursing Science*, representa o desenvolvimento mais sistematizado e internacionalmente reconhecido do pensamento sobre transições em enfermagem. A teoria emerge de uma tradição de investigação continua desde meados da década de 80, tendo sido progressivamente refinada através da análise de experiências de transição em populações diversas, mulheres imigrantes, pessoas com doenças crónicas, idosos em processos de realocação e indivíduos em recuperação pós-cirúrgica. A sua arquitetura conceptual assenta em quatro domínios fundamentais: a natureza da transição (tipos, padrões e propriedades), as condições que a influenciam (pessoais, comunitárias e socioculturais), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as terapêuticas de enfermagem.

No que respeita às condições de transição, Meleis et al. (2000) distingue entre fatores facilitadores e inibidores. As condições pessoais incluem os significados atribuídos à transição, as crenças culturais, o estatuto socioeconómico, a literacia em saúde e as experiências prévias de transição. As condições comunitárias referem-se à disponibilidade de redes de suporte social e de recursos formais de saúde. As condições socioculturais englobam políticas de saúde, estruturas organizacionais dos sistemas de

saúde e determinantes culturais mais amplos. Esta dimensão estrutural da teoria, frequentemente subvalorizada em leituras mais simplificadas, é de particular relevância no contexto atual português, onde as condições de acesso aos cuidados de saúde primários e a disponibilidade de recursos de apoio domiciliário condicionam de forma determinante a qualidade da transição pós-internamento (Baixinho & Ferreira, 2019).

Padrões de resposta e terapêuticas de enfermagem

Os padrões de resposta constituem um dos principais contributos da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Neste contexto, os indicadores de processo procuram responder à questão: “O que está a acontecer durante a transição?”, permitindo compreender como o cuidador informal, no âmbito deste trabalho, se está a adaptar naquele momento. Estes indicadores refletem, por exemplo, se o cuidador começa a compreender a situação, se se sente mais seguro e se desenvolve competências, possibilitando uma avaliação precoce do percurso da transição, ainda antes de se observar o resultado final. Por exemplo, quando o cuidador informal inicia a execução dos cuidados ensinados pelo enfermeiro e demonstra maior segurança na sua realização, tal constitui um indicador positivo de processo. De forma mais abrangente, aspetos como sentir-se conectado, interagir, situar-se na nova realidade e desenvolver confiança e competências permitem ao enfermeiro acompanhar continuamente a evolução da transição.

A distinção entre indicadores de processo e de resultado assume particular relevância na prática clínica, uma vez que permite identificar precocemente dificuldades e intervir de forma atempada, prevenindo o agravamento da situação. Assim, o enfermeiro pode atuar ao longo do processo, evitando a acumulação progressiva de problemas. Neste sentido, Meleis atribui ao enfermeiro um papel ativo na facilitação da transição, que inclui a avaliação contínua da situação, a capacitação do cuidador informal para o desempenho do seu papel, a promoção de um ambiente seguro e empático e a mobilização de recursos, nomeadamente a rede de apoio familiar e os serviços de saúde. Estas intervenções assumem particular importância no contexto da alta e da transição para o domicílio.

Por sua vez, os indicadores de resultado, como a mestria, entendida como a capacidade de lidar eficazmente com a situação, e a construção de uma identidade fluida e integradora, quando a pessoa incorpora a nova realidade na sua vida, refletem uma adaptação bem-sucedida, correspondendo à avaliação do resultado final da transição (Meleis et al., 2000).

Deste modo, a distinção entre indicadores de processo e de resultado revela-se fundamental para a prática de enfermagem, na medida em que orienta a avaliação clínica e sustenta intervenções precoces e ajustadas, permitindo identificar precocemente cuidadores informais em risco de transição mal adaptativa e dirigir intervenções antes que ocorram eventos adversos, que constitui uma das principais justificações da temática deste trabalho (Meleis et al., 2000).

No que se refere às terapêuticas de enfermagem, Meleis et al. (2000) destacam a importância da avaliação sistemática, da capacitação para o desempenho do papel, da promoção de ambientes terapêuticos e da mobilização de recursos, intervenções particularmente relevantes na preparação para a alta e na transição para o domicílio,

onde a adaptação da pessoa cuidada a e do cuidador é determinante para a continuidade e qualidade dos cuidados.

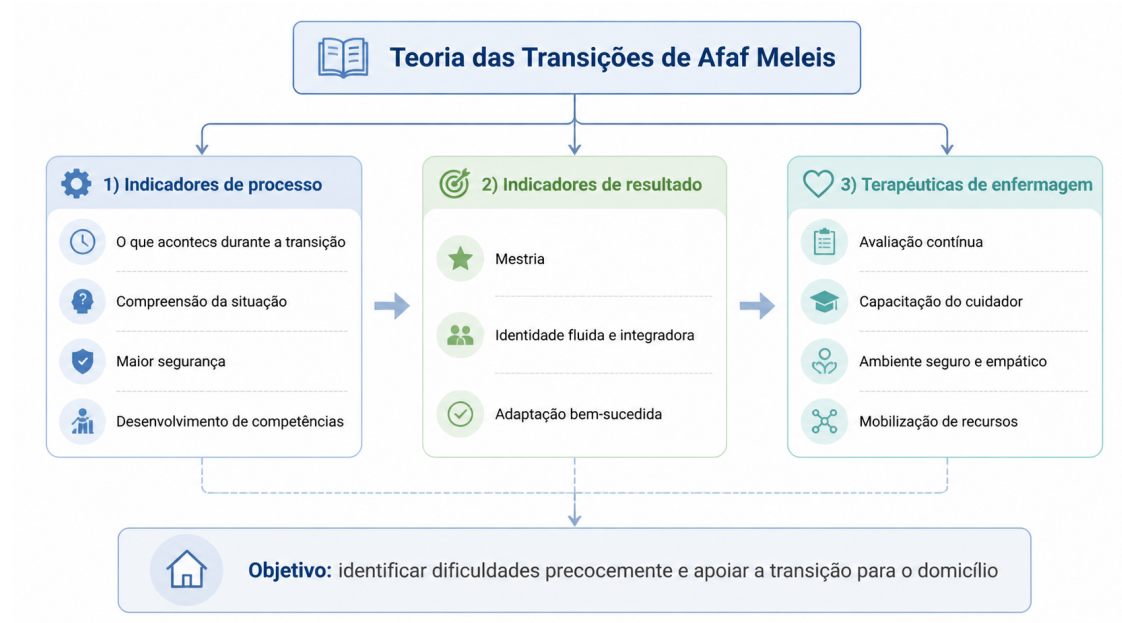


Figura 1: Esquema conceptual dos padrões na Teoria das Transições de Afaf Meleis.¹

¹ Elaborado pelas alunas Ana Santos e Joana Fernandes com base em Meleis et. al (2000) e com apoio de uma ferramenta de IA generativa para a organização visual

3. Metodologia

3.1. Tipo de Estudo

O presente trabalho assenta numa Revisão Narrativa da Literatura, modalidade de revisão que permite reunir, selecionar, analisar e sintetizar criticamente o conhecimento científico publicado sobre um determinado tema (Rother, 2007). As revisões narrativas, também designadas revisões tradicionais, constituem a abordagem mais antiga de síntese da literatura e têm sido amplamente utilizadas para apresentar um panorama do estado do conhecimento em determinada área, tanto em dissertações académicas como noutros trabalhos científicos (Rother, 2007). De acordo com Rother (2007), este tipo de revisão é particularmente indicado para descrever o estado da arte de um tema específico, sob uma perspetiva teórica e contextual, possibilitando a atualização do conhecimento em tempo limitado.

A revisão narrativa distingue-se da revisão sistemática pela sua flexibilidade metodológica: não exige um protocolo rigidamente estruturado, admite uma interpretação crítica e subjetiva por parte do investigador, e não está obrigatoriamente restrita a fontes de informação indexadas (Mendes et al., 2022; Rother, 2007). Ao contrário das revisões sistemáticas, que beneficiam de diretrizes como a declaração PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), não existem orientações normalizadas universalmente aceites para as revisões narrativas; contudo, a sua qualidade pode ser substancialmente melhorada incorporando elementos metodológicos provenientes das revisões sistemáticas, nomeadamente estratégias de pesquisa bibliográfica mais rigorosas e critérios explícitos de seleção (Mendes et al., 2022; Rother, 2007).

Esta flexibilidade não implica menor valor científico; pelo contrário, permite a inclusão da chamada "literatura cinzenta", informação publicada por organismos científicos e governamentais que encerra dados fundamentais para a investigação e que não deve ser ignorada. Neste sentido, as revisões narrativas, quando devidamente preparadas, constituem contributos valiosos para a literatura científica, revelando-se úteis para a exploração e mapeamento de temas complexos e de natureza multidimensional, como é o caso da educação para a saúde no contexto da preparação para a alta.

A natureza qualitativa e descritiva desta revisão adequa-se ao objetivo de sintetizar de forma abrangente a informação disponível sobre as intervenções de enfermagem dirigidas ao cuidador informal (Ribeiro, 2014), permitindo integrar estudos de diferentes *designs* metodológicos, sem exigir a sua homogeneização estatística.

Apesar de se tratar de uma revisão narrativa da literatura, foram incorporados alguns procedimentos metodológicos inspirados nas revisões sistemáticas, nomeadamente a definição explícita da questão de investigação através do modelo PICO, a utilização de critérios de inclusão e exclusão e a sistematização da estratégia de pesquisa bibliográfica. Esta opção metodológica teve como finalidade deliberada reforçar o rigor, a transparência e a organização do processo de seleção da literatura, sem comprometer a natureza interpretativa, descritiva e integradora característica das revisões narrativas.

3.2. Questão de Investigação e Modelo PICO

A delimitação conceptual da presente revisão foi operacionalizada através do modelo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes*), um referencial orientador amplamente utilizado na investigação em enfermagem para estruturar questões clínicas e refinar estratégias de pesquisa (Mendes et al., 2022). Este modelo permitiu articular de forma sistemática os quatro componentes centrais da investigação, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Componentes do modelo PICO aplicada ao presente estudo

Componente	Descrição
P (População)	Cuidadores informais de pessoas adultas dependentes em fase de preparação para a alta.
I (Intervenção)	Intervenções de educação para a saúde promovidas por enfermeiros.
C (Comparação)	Práticas assistenciais habituais sem intervenção estruturada de educação para a saúde.
O (<i>Outcomes</i> / Resultados)	Capacitação do cuidador e continuidade segura dos cuidados no domicílio.

Com base neste referencial, formulou-se a seguinte questão de investigação: "Nos cuidadores informais de pessoas adultas em preparação para a alta (P), as intervenções de educação para a saúde promovidas pelos enfermeiros (I), comparativamente às práticas assistenciais habituais (C), favorecem uma maior capacitação do cuidador e a continuidade segura dos cuidados no domicílio (O)?".

3.3. Objetivos

Com base na questão de investigação, foi definido o seguinte objetivo geral: Explorar as estratégias de educação para a saúde promovidas pela enfermagem ao cuidador informal na preparação para a alta de pessoas adultas.

Objetivos específicos:

- Analisar a relevância da educação para a saúde ao cuidador informal na preparação para a alta;
- Caracterizar as intervenções de enfermagem em educação para a saúde dirigidas ao cuidador informal;
- Compreender a contribuição da educação para a saúde para a continuidade dos cuidados no domicílio e identificar outros possíveis benefícios associados;
- Identificar limitações e desafios associados à educação para a saúde do cuidador informal.

3.4. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre 09 de fevereiro de 2026 e 05 de abril de 2026 (Apêndice II), adotando uma abordagem iterativa e multimodal adaptada ao âmbito e à flexibilidade de uma revisão narrativa da literatura. Embora a opção de análise tenha recaído sobre o modelo narrativo, fundamental para integrar e discutir criticamente a evidência sob a lente complexa da Teoria das Transições de Afaf Meleis, optou-se por incorporar um procedimento de pesquisa estruturado e rigoroso, inspirado nos pressupostos das revisões sistemáticas. Esta opção teve como finalidade deliberada minimizar vieses de seleção, garantir a máxima transparência e assegurar a qualidade reprodutível do processo de levantamento documental. O mapeamento estruturado foi centralizado na base de dados PubMed, utilizando os descritores controlados e operadores booleanos abaixo descritos. De forma a garantir a rastreabilidade do processo, o funil de pesquisa na PubMed foi executado através de cinco etapas sequenciais:

- Pesquisa Bruta: A aplicação inicial das expressões de busca sem qualquer restrição gerou 4.375 resultados.
- Filtro de Disponibilidade: A restrição para artigos com acesso ao "Texto Completo Gratuito" (*Free Full Text*) reduziu o volume para 1.654 resultados.
- Filtro Demográfico: A delimitação das faixas etárias correspondentes à população-alvo do estudo (Adultos com idade ≥ 19 anos e Idosos com idade ≥ 65 anos) afunilou os registos para 716 resultados.
- Filtro Linguístico Cumulativo: A seleção restritiva dos idiomas estabelecidos como critérios de inclusão operou de forma incremental na base de dados. A seleção do idioma inglês fixou 709 registos; a inclusão do idioma português elevou o patamar para 710 registos; e a integração final do idioma espanhol encerrou o funil paramétrico da PubMed em exatamente 712 resultados elegíveis para triagem de conteúdo. Dada a elevada densidade de artigos resultantes ($n = 712$) e a premente necessidade de validar a estrita aderência dos títulos e resumos aos múltiplos componentes do PICO (especificamente no que concerne a intervenções educativas de enfermagem focadas em cuidadores e não apenas em resultados isolados do doente), procedeu-se a uma seleção manual e detalhada desenvolvida pelas autoras. Para viabilizar este volume de análise num horizonte temporal delimitado, o processo foi distribuído equitativamente entre as investigadoras para uma avaliação independente e cega dos títulos e resumos, orientada pelas definições operacionais dos critérios de inclusão e exclusão (Secção 3.6). Os casos de dúvida ou discordância sobre a elegibilidade conceptual de determinado estudo foram resolvidos por meio de reuniões formais de consenso entre ambas as autoras, garantindo assim uma dupla validação humana, procurando o rigor na extração dos dados. Em paralelo, as plataformas B-ON e Google Académico foram utilizadas de forma complementar por meio de pesquisa manual dirigida (*hand-searching*), focada na captação de literatura cinzenta de cariz institucional e estudos em língua portuguesa representativos do contexto epidemiológico, jurídico e social nacional, enriquecendo o *corpus* analítico.

3.5. Descritores e Termos de Pesquisa

Foram desenvolvidos cinco grupos principais de descritores para abranger os elementos centrais do objetivo desta revisão: “cuidador informal”, “planeamento da alta”, “enfermagem”, “educação/preparação do cuidador” e “cuidados transicionais/ensino para a alta”. A estratégia de pesquisa utilizou descritores controlados provenientes do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e do MeSH (*Medical Subject Headings*), combinados através dos operadores booleanos AND e OR, conforme sistematizado na Tabela 2. Foi utilizada uma combinação de termos de pesquisa em “todos os campos” (*All Fields*) para cada grupo de descritores, de modo a minimizar a possibilidade de omissão de estudos relevantes. O contexto institucional não foi incluído como filtro na estratégia de pesquisa, de modo a não restringir artificialmente o conjunto de resultados e garantir maior abrangência na identificação de estudos relevantes.

Tabela 2: Descritores e Operadores booleanos utilizados na pesquisa

AND		AND		AND	
<i>Informal Caregiver</i>	<i>Discharge planning</i>	<i>Nursing</i>	<i>Caregiver education / preparedness</i>	<i>Transitional care / discharge teaching</i>	
OR	OR	OR	OR	OR	
"Informal caregiver"	"Discharge planning"	"Nursing"	"Caregiver education"	"Transitional care"	
"Family caregiver"	"Discharge"	"Nursing interventions"	"Health education"	"Discharge teaching"	
"Caregiver"		"Nurses"	"Caregiver preparedness"		
"Adults"					

3.6. Critérios de Elegibilidade

A definição inicial e rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão foi uma etapa essencial para garantir a coerência metodológica desta revisão narrativa da literatura. Este cuidado permitiu delimitar com precisão o conjunto de estudos a analisar, mantendo-os em total alinhamento com a pergunta de investigação e os objetivos definidos. Como o propósito deste trabalho é explorar as intervenções de enfermagem em educação para a saúde dirigidas ao cuidador informal na preparação para a alta de adultos e/ou idosos, deu-se preferência à seleção de estudos que demonstrassem um rigor claro, proximidade com o tema, adequação à população e relevância para o momento crítico da transição entre o internamento e o domicílio. Além disso, considerou-se a necessidade de reunir dados científicos recentes e com diferentes abordagens metodológicas, com o intuito de garantir uma visão global, abrangente e crítica do fenómeno em análise.

3.6.1. Critérios de Inclusão

No que diz respeito aos critérios temáticos e de conteúdo, integraram-se investigações cujo âmbito principal se focassem no processo de preparação para a alta

de pessoas adultas, abordando de forma direta as intervenções de educação para a saúde promovidas por enfermeiros, a capacitação do cuidador informal, a comunicação terapêutica, a colaboração na relação enfermeiro-cuidador, a literacia em saúde, a prontidão para a transição e a continuidade segura dos cuidados no domicílio. No plano metodológico, com o intuito de garantir uma compreensão abrangente, rica e diversificada do fenómeno, admitiram-se vários tipos de estudos. Incluíram-se tanto estudos primários (de natureza quantitativa, qualitativa, observacional, transversal, de métodos mistos ou estudos Delphi) como produções secundárias (nomeadamente revisões sistemáticas, revisões integrativas, *scoping reviews* e revisões rápidas).

Relativamente à população e ao contexto dos estudos elegíveis, a seleção abrangeu trabalhos centrados em pessoas adultas e/ou idosas e nos respetivos cuidadores informais, sem qualquer restrição na doença de base, incluindo quadros de doença crónica, demência ou traumatismo cranioencefálico. O único requisito é que estivessem diretamente ligados ao ambiente de internamento, à fase de transição para o domicílio ou ao suporte domiciliário, desde que este estivesse formalmente coordenado com o planeamento da alta. Por fim, como critérios formais e práticos, definiram-se artigos publicados em português, inglês e espanhol, que permitissem o acesso gratuito ao texto integral (*Free Full Text*) e cujo ano de publicação estivesse formalmente delimitado entre janeiro de 2020 e abril de 2026, garantindo a inclusão da evidência científica. Isto garantiu a inclusão da evidência científica mais recente e com maior relevância para a prática clínica atual da enfermagem.

3.6.2. Critérios de Exclusão

Em contrapartida, foram estabelecidos critérios de exclusão rigorosos para garantir que o tema se mantenha focado e evitar desvios na análise. No que diz respeito à população e ao foco clínico, foram excluídos todos os estudos cuja amostra estivesse fora do âmbito da pessoa adulta em processo de transição internamento-domicílio. Afastaram-se, por isso, as investigações dedicadas à pediatria, neonatologia, obstetrícia, ou focadas em grávidas, puérperas e recém-nascidos, uma vez que estas situações seguem dinâmicas de transição e orientações de cuidados muito diferentes. Da mesma forma, foram descartados os artigos que abordavam apenas outras fases do percurso clínico sem ligação ao planeamento da alta, bem como os trabalhos que avaliavam apenas a perspetiva isolada do utente, sem qualquer referência ao papel do cuidador ou à intervenção educativa da enfermagem.

Do ponto de vista profissional, excluíram-se os estudos cujo foco principal estivesse em intervenções lideradas maioritariamente por outras profissões de saúde, sem ligação ao papel autónomo do enfermeiro na promoção da educação para a saúde da família. Por fim, como critérios formais e técnicos de exclusão, foram retirados da análise os artigos publicados em idiomas não incluídos neste trabalho, os registos duplicados no cruzamento entre as bases de dados e as investigações cujo acesso ao texto completo fosse pago. Tomou-se esta decisão porque a impossibilidade de ler os artigos na íntegra iria comprometer a recolha segura dos dados e a profundidade da análise crítica exigida neste trabalho.

3.7. Análise e Síntese de Dados

A pesquisa realizada na base de dados PubMed identificou um total de 712 artigos, correspondendo a um volume significativo de informação, que requereu uma abordagem pragmática. Desta forma, optou-se por integrar a ferramenta de Inteligência Artificial (IA) Claude como apoio na fase inicial de triagem de títulos e resumos. Esta abordagem encontra-se crescentemente descrita na literatura científica atual sobre a automação parcial de revisões de literatura (Alshami et al., 2023; Khraisha et al., 2024). Em particular, Alshami et al. (2023) demonstram que os modelos de linguagem podem otimizar significativamente o tempo de filtragem inicial, enquanto Khraisha et al. (2024) sublinham que esse contributo só é legítimo quando enquadrado por um processo rigoroso de validação humana. Importa sublinhar, desde já, que a IA foi utilizada exclusivamente como um instrumento facilitador e complementar, nunca substituindo a análise crítica, a interpretação dos dados ou a nossa responsabilidade científica, enquanto autoras responsáveis por esta investigação.

A fundamentação metodológica para a escolha desta abordagem assentou diretamente nos princípios defendidos nos dois estudos que sustentam este procedimento. Por um lado, Alshami et al. (2023) propõem um modelo em que a ferramenta tecnológica automatiza tarefas repetitivas de rastreio, mantendo a supervisão constante dos investigadores como uma condição obrigatória para assegurar a fiabilidade dos resultados. Segundo estes autores, o papel da tecnologia deve ser somado à experiência humana e não dispensado, cabendo ao investigador validar e avaliar criticamente todas as decisões. Por outro lado, Khraisha et al. (2024) recomendam que, quando utilizada, a IA assuma, no máximo, o papel de um revisor secundário e prudente, sempre sujeito ao controlo de um revisor humano principal. Estes autores alertam ainda para a tendência dos modelos de linguagem excluírem artigos em excesso, um fenómeno conhecido como sobre-exclusão, o que reforçou a necessidade de uma verificação humana atenta para garantir que nenhum estudo relevante fosse perdido. Importa ainda assinalar que estes dois estudos avaliaram, respetivamente, o ChatGPT (na versão GPT-3.5) e o GPT-4, e não o modelo Claude aqui utilizado, ainda assim, por pertencerem à mesma família de modelos de linguagem, as suas conclusões mantêm-se válidas enquanto enquadramento dos princípios gerais de utilização desta tecnologia.

Tendo em conta estas orientações, o processo de seleção dos artigos organizou-se em duas fases distintas. Na primeira fase, o modelo de inteligência artificial procedeu a uma leitura inicial dos 712 títulos e resumos, orientando-se estritamente pelos critérios definidos na pergunta PICO. Nesta etapa, foram afastados os artigos focados apenas em dados médicos ou farmacológicos do doente, estudos sobre transferências internas entre serviços hospitalares e intervenções que não contemplavam a educação do cuidador informal. A definição dos critérios, a elaboração das instruções (*prompts*) dadas ao modelo e os objetivos da triagem foram inteiramente da nossa responsabilidade, enquanto autoras. Como notam Khraisha et al. (2024), a qualidade das respostas de um modelo de linguagem depende em grande medida da clareza e da especificidade das instruções que recebe, pelo que se procurou formular comandos diretos, concretos e totalmente alinhados com o algoritmo de seleção previamente estabelecido.

Para assegurar a fiabilidade desta etapa e tratar o recurso à tecnologia como uma limitação monitorizada, desenhou-se um protocolo manual de validação humana. Este

procedimento consistiu na extração e análise detalhada de uma amostra aleatória de 10% dos artigos rejeitados pela ferramenta (correspondendo a 65 resumos), bem como de uma amostragem dos registos aceites. Esta verificação permitiu confirmar a aderência do modelo às regras operacionais e permitiu também contornar a tendência de sobre-exclusão identificada por Khraisha et al. (2024), procurando recuperar eventuais estudos de relevo indevidamente afastados pelo sistema. Em coerência com o princípio defendido por Alshami et al. (2023), nenhuma decisão de inclusão ou exclusão foi considerada definitiva sem o devido escrutínio humano correspondente.

Na segunda fase, que assumimos como uma análise integralmente humana, foram lidos na íntegra os 62 artigos pré-selecionados, em conjunto com os estudos identificados através da pesquisa manual complementar nas plataformas B-ON e Google Académico. Após uma análise crítica aprofundada e a aplicação dos critérios de exclusão, foram inicialmente afastados 39 artigos por não terem acesso livre, por não se enquadrarem no tema ou por duplicação nas bases de dados, resultando num conjunto de 23 estudos elegíveis. Contudo, durante a fase subsequente de organização e extração detalhada, detetou-se que um dos artigos elegíveis se encontrava duplicado, o que determinou a sua exclusão e consolidou o *corpus* final da presente revisão narrativa em exatamente 22 artigos. Estes estudos foram organizados numa tabela resumo contendo informações sobre Autor/Ano, País, Tipo de estudo, Amostra, Objetivo, Resultados e Contributos (Apêndice III), que serve de base à discussão e à reflexão teórica do trabalho. Todo o percurso de seleção se encontra representado no fluxograma da Figura 2.

Por fim, importa-nos esclarecer o estatuto dos artigos de Alshami et al. (2023) e de Khraisha et al. (2024). Estes dois estudos foram utilizados unicamente para fundamentar, de forma transparente, o enquadramento metodológico do uso da IA, pelo que não integram o *corpus* analítico deste trabalho. Consequentemente, não foram tratados como resultados, não foram incluídos na discussão dos resultados e não constam dos 22 artigos analisados. A IA não tomou decisões autónomas sobre inclusão, exclusão, interpretação de dados ou formulação de conclusões, permanecendo o processo sob supervisão humana direta. A responsabilidade final pelo conteúdo, pela análise e pelas conclusões deste trabalho pertence-nos, enquanto autoras.

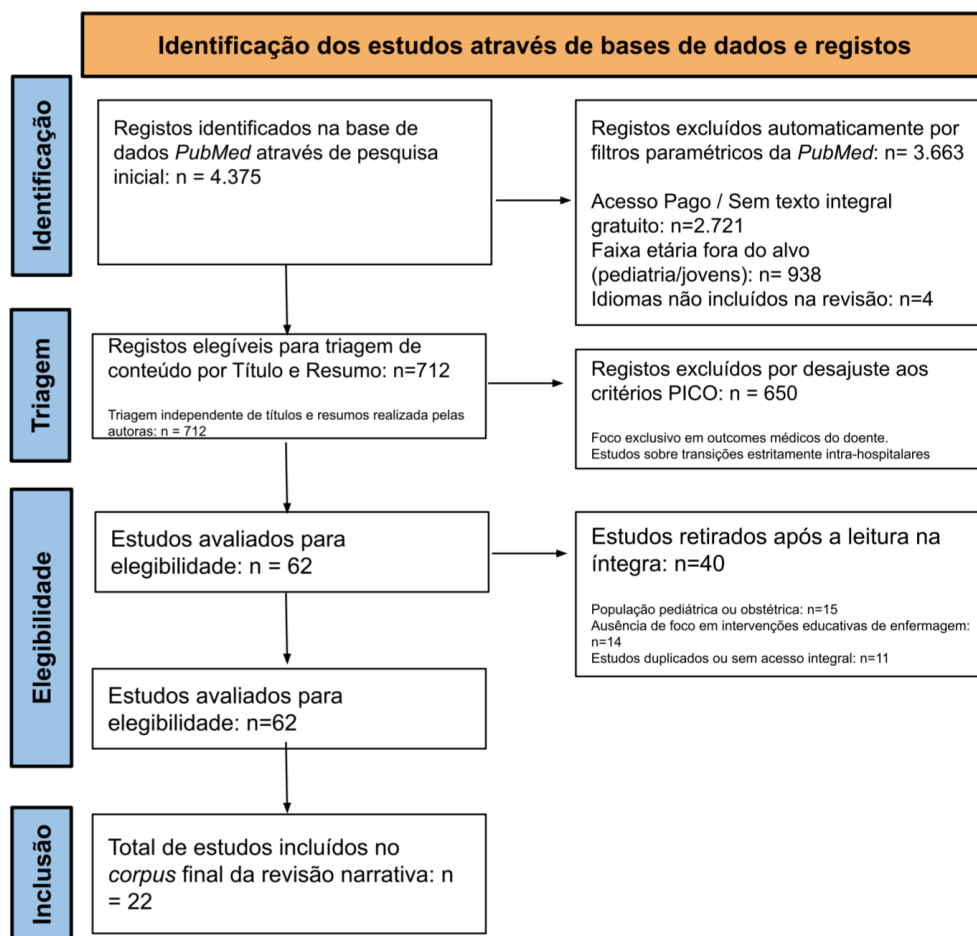


Figura 2: Fluxograma de seleção de artigos

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

A análise dos 22 artigos que constituem esta revisão permitiu reunir evidência relevante sobre a educação para a saúde dirigida ao cuidador informal num momento particularmente crítico, o da preparação para a alta da pessoa cuidada. Os estudos selecionados combinam diferentes abordagens metodológicas, desde investigações qualitativas e de métodos mistos até revisões sistemáticas e meta-análises, o que possibilita uma visão abrangente das dificuldades e das potencialidades associadas a este percurso de regresso a casa. Nas secções seguintes, os resultados são apresentados e discutidos de forma a responder diretamente a cada um dos objetivos específicos definidos para este trabalho.

Para orientar a leitura, a discussão foi organizada em torno de quatro eixos temáticos, que acompanham a progressão da evidência. O primeiro (4.1) analisa a relevância da educação para a saúde, partindo da vulnerabilidade inicial do cuidador no momento do regresso a casa. O segundo (4.2) caracteriza as intervenções de enfermagem, distinguindo os métodos de treino prático e simulação das estratégias de comunicação e colaboração. O terceiro (4.3) examina a contribuição da educação para a saúde para a continuidade dos cuidados, através do envolvimento do cuidador no planeamento e da literacia em saúde como recursos protetores. O quarto (4.4) discute as limitações e os desafios que condicionam a aplicação destas intervenções, desde a sobrecarga das famílias até aos constrangimentos das equipas e dos sistemas.

Como ponto de partida e mapa orientador desta análise, reuniu-se na Tabela 3 uma síntese das principais estratégias de educação para a saúde identificadas na literatura, a respetiva finalidade e o contributo que oferecem para a capacitação do cuidador informal.

Tabela 3: Síntese das estratégias de educação para a saúde, finalidades e contributos para o cuidador informal.²

Estratégia de EpS	Finalidade	Contributo para o CI	Autores/Referências
Verificação da compreensão (confirmar a compreensão partilhada)	Confirmar que o cuidador compreendeu a informação transmitida, pedindo-lhe que a reformule por palavras suas.	Reduz lacunas de conhecimento, permite identificar dificuldades de compreensão e favorece uma preparação mais segura para a alta.	AHRQ (2024); Haverfield et al. (2024)
Simulação clínica e treino prático	Treinar competências práticas em ambiente protegido, através de manequins, modelos anatómicos e cenários realistas.	Aumenta a autoconfiança, a prontidão para o cuidado domiciliário e a capacidade de executar procedimentos com maior segurança.	Borges et al. (2023); Dontoh et al. (2025)
Demonstração e treino supervisionado	Ensinar procedimentos através da demonstração pelo enfermeiro e posterior prática supervisionada pelo cuidador.	Desenvolve competências técnicas, promove a autonomia e contribui para a aquisição progressiva de domínio no cuidado.	Dontoh et al. (2025); Rojas-Ocaña et al. (2021)

² Tabela elaborada pelas autoras com base nos estudos analisados sobre intervenções de Educação para a Saúde (EpS) dirigidas ao Cuidador Informal (CI) na preparação para a alta.

Educação individualizada segundo a literacia em saúde	Adaptar a informação ao nível de compreensão, à escolaridade e às necessidades do cuidador.	Melhora a assimilação da informação, aumenta a capacidade de gestão dos cuidados e favorece uma transição mais segura.	Guan & Feng (2023); Rayan-Gharra et al. (2025)
Comunicação terapêutica estruturada (apoio e estrutura)	Conjugar a partilha empática de informação com a clareza e a organização das orientações de alta.	Favorece o envolvimento do cuidador, melhora a colaboração com a equipa e a preparação para o cuidado no domicílio.	Haverfield et al. (2024); Elmore et al. (2024)
Envolvimento do cuidador e coprodução do plano de alta	Integrar o cuidador na preparação e na construção do plano de alta, como parceiro da equipa.	Promove maior prontidão para a transição, reforça o papel de parceiro de cuidados e melhora a continuidade hospital-domicílio.	McEwan et al. (2025); Berthelsen et al. (2025); Rayan-Gharra et al. (2025)
Recursos e plataformas digitais de apoio	Prolongar o suporte educativo para além da alta, através de recursos digitais e redes de apoio.	Facilita o acompanhamento contínuo, responde a necessidades emergentes e apoia a personalização dos cuidados.	Pereira et al. (2024); McEwan et al. (2025)
Seguimento após a alta	Assegurar acompanhamento após o regresso a casa, através de contacto telefónico ou suporte continuado.	Reduz a insegurança, favorece a continuidade dos cuidados e associa-se à redução de reinternamentos.	Pinto et al. (2024); Chartrand et al. (2023)

4.1. Relevância da Educação para a Saúde do Cuidador Informal na Preparação para a Alta

A transição do internamento para o domicílio é um dos momentos mais frágeis de todo o percurso de cuidados, e a literatura analisada demonstra que, sem uma preparação intencional, é o cuidador informal quem absorve o impacto dessa fragilidade. O retrato desta realidade vem de Lima et al. (2022), num estudo qualitativo português em que a totalidade dos cuidadores entrevistados reconheceu não se sentir minimamente preparada para assumir o cuidado em casa, descrevendo sentimentos de choque e de medo perante a dependência do familiar. Este abandono não é apenas emocional, mas também prático e material, já que seis em cada oito cuidadores referiram que a própria habitação não estava adaptada às necessidades da pessoa, obrigando a reorganizações forçadas no período pós-alta. O que aqui se observa não é uma falha individual, mas a consequência previsível de uma alta que, nas práticas habituais, decorre sem educação previamente estruturada.

Esta falta de preparação inicial assume contornos igualmente preocupantes quando o cuidado envolve elevada complexidade clínica. Ganefianty et al. (2024), num estudo transversal com cuidadores de pessoas com traumatismo cranioencefálico, mediram uma prontidão para a alta criticamente baixa, situada abaixo do limiar mínimo a partir do qual um cuidador poderia ser considerado apto, num cenário em que se exigia a estes familiares a vigilância de feridas cirúrgicas e o manuseamento de dispositivos invasivos

como sondas e traqueostomias. A leitura conjunta de Lima et al. (2022) e Ganefianty et al. (2024) revela uma convergência importante, ao mostrar que a falta de preparação do cuidador é transversal a contextos culturais e clínicos distintos e que decorre, em ambos, da ausência de uma intervenção educativa que anteceda e prepare esta transição. Paudel et al. (2024) acrescentam uma dimensão temporal a esta análise, ao verificarem, junto de parceiros de cuidados de pessoas com demência, que a perceção de preparação não é estática, mas tende a aumentar progressivamente desde o momento da alta até aos meses seguintes; Paudel et al. (2024) sugere que a capacitação é um processo que se prolonga no tempo e não um acontecimento pontual concentrado nas vésperas da saída do internamento.

Identificada a necessidade, a evidência ajuda também a compreender por que razão a educação para a saúde é uma resposta pertinente. Guan e Feng (2023), através de um modelo de equações estruturais aplicado a mulheres submetidas a cirurgia, mostraram que a qualidade do ensino de alta conduzido por enfermeiros exerce um efeito direto sobre a preparação para a alta. Os seus resultados sugerem que não é a quantidade de informação transmitida, mas a sua qualidade pedagógica, que se associa à capacitação. Esta leitura é reforçada pela síntese de Steiner et al. (2025), cuja revisão sistemática concluiu que as intervenções de transição que integram o planeamento estruturado da alta e o envolvimento ativo dos cuidadores se associam a melhorias no estado funcional, no humor e nos resultados nutricionais dos doentes, bem como na redução das readmissões a curto prazo. Em contrapartida, Pereira et al. (2024) observam que as intervenções de domínio estreito, centradas apenas na monitorização de sintomas da pessoa cuidada e que excluem o cuidador, tendem a falhar na redução das readmissões, reforçando a relevância de incluir o cuidador como recetor central do ensino.

Em síntese, a relevância da educação para a saúde fica claramente estabelecida. A literatura demonstra de forma coerente que, perante práticas habituais que deixam o cuidador entregue a uma aprendizagem por tentativa e erro (Ganefianty et al., 2024; Lima et al., 2022), as intervenções educativas de qualidade promovidas pela enfermagem tendem a elevar a preparação e a capacitação (Guan & Feng, 2023; Steiner et al., 2025), particularmente quando incluem ativamente o cuidador ao longo do tempo de internamento (Paudel et al., 2024; Pereira et al., 2024). Respondendo ao primeiro objetivo do estudo e à primeira parte da pergunta de investigação, pode refletir-se que a educação para a saúde dirigida ao cuidador não é um complemento dispensável da alta, mas a condição que distingue uma transição preparada de uma transição improvisada.

4.2. Caracterização das Intervenções de Enfermagem em Educação para a Saúde

Estabelecida a relevância da educação para a saúde, importa compreender de que forma essa educação se concretiza. A evidência analisada permite identificar dois grandes registos de intervenção, complementares entre si, que respondem ao segundo objetivo do estudo: por um lado, os métodos fixados no treino prático e na aprendizagem por simulação; por outro, as estratégias centradas na comunicação terapêutica e na colaboração entre o enfermeiro e o cuidador. Ambos partilham uma rutura com o modelo tradicional, meramente expositivo, em que o cuidador é colocado num papel passivo.

4.2.1. Métodos Inovadores e Aprendizagem por Simulação Clínica

O problema que estes métodos procuram resolver é claro na literatura: a transmissão verbal e escrita de informação, isoladamente, não prepara o cuidador para a execução real dos cuidados. Topham et al. (2022), num estudo qualitativo com cuidadores de cônjuges submetidos a cirurgia, descreveram como as abordagens centradas apenas na entrega de panfletos remetem o cuidador para a condição de ouvinte passivo. Este método cria um sentimento de falsa segurança que se desfaz quando o regresso a casa expõe falhas no manuseamento de drenos, na gestão da analgesia e na deambulação segura. Os próprios participantes (Topham et al., 2022) verbalizaram o desejo de serem desafiados a pensar criticamente e a praticar a resolução de problemas com o enfermeiro, ainda durante o internamento, o que aponta diretamente para a necessidade de um ensino ativo e participativo.

É a esta necessidade que responde a aprendizagem por simulação clínica. Borges et al. (2023), numa revisão integrativa, caracterizam a simulação como uma tecnologia educacional que permite ao cuidador ensaiar repetidamente procedimentos de elevada complexidade num ambiente protegido, isento de risco para o doente, sublinhando que esta consiga maior eficácia quando combinada com outros recursos, como aulas dialogadas, materiais audiovisuais e círculos de conversa. A validação empírica mais concreta desta estratégia encontra-se em Dontoh et al. (2025), que descrevem um programa de treino implementado numa unidade de reabilitação aguda. A intervenção foi conduzida por enfermeiros, destinou-se a cuidadores informais durante o internamento que antecede a alta e recorreu a manequins, almofadas para treino de injeções e modelos anatómicos para treinar tarefas como a aspiração de secreções na traqueostomia, cuidados à sonda vesical, a administração de insulina e a gestão de ostomias. O ensino foi estruturado em quatro fases sequenciais, que incluíram o envio antecipado de vídeos e guias, a avaliação da preparação cognitiva do cuidador, o treino prático repetido com correção em tempo real e, por fim, a execução do procedimento no próprio familiar, sob supervisão direta do enfermeiro. Os resultados foram expressivos: a larga maioria dos cuidadores, que antes do treino manifestava desconforto e ansiedade perante os procedimentos, passou a declarar-se confortável e segura para os executar em casa, registando-se ainda uma adesão total ao desejo de treinar com os simuladores. A este ganho subjetivo somou-se um benefício para o serviço, traduzido na redução do tempo médio de internamento (Dontoh et al., 2025).

O cruzamento destes contributos revela uma convergência sólida em torno da ideia de que a competência prática do cuidador constrói-se pela ação e não apenas pela escuta, sendo a prática supervisionada após a demonstração o mecanismo que consolida a aprendizagem (Borges et al., 2023; Dontoh et al., 2025; Topham et al., 2022). Importa, contudo, ler estes resultados com prudência. Borges et al. (2023), na sua revisão da literatura, assinalam que a produção científica sobre simulação clínica tem-se concentrado sobretudo em contextos pediátricos, persistindo uma escassez de estudos primários robustos dirigidos especificamente a cuidadores de adultos e idosos dependentes. Esta lacuna do campo de investigação, identificada pelos próprios autores, recomenda cautela na transferência direta destes resultados promissores para a população adulta dependente que constitui o objeto do presente trabalho.

4.2.2. Comunicação Terapêutica e Dinâmicas de Colaboração

Se a simulação desenvolve o saber-fazer, é a comunicação terapêutica que sustenta a relação dentro da qual qualquer ensino se torna possível. Haverfield et al. (2024), numa revisão da literatura centrada na conversa de alta, organizaram as competências comunicativas dos enfermeiros em torno de dois eixos que se complementam: o do apoio, que envolve a partilha de informação com empatia e a legitimação das emoções da família; e o da estrutura, que exige clareza nas expectativas e organização da informação transmitida. Os autores associam a falha destas dimensões a elevadas taxas de insatisfação das famílias e recomendam que o enfermeiro confirme ativamente a compreensão partilhada das orientações, em vez de presumir que a informação entregue foi efetivamente apreendida, questionando por exemplo se o cuidador compreendeu a informação transmitida.

Esta recomendação ganha pertinência quando observada a prática descrita por Hagedoorn et al. (2021). No seu estudo transversal com cuidadores de idosos hospitalizados, verificou-se um desfasamento notável: apesar de a maioria dos cuidadores visitar o doente diariamente, o contacto efetivo com a equipa de enfermagem limitava-se, na generalidade, a um número reduzido de interações ao longo de todo o internamento. Através da *Family Collaboration Scale*, instrumento que avalia a qualidade da colaboração entre os profissionais de saúde e os familiares, os autores documentaram um padrão particularmente revelador: os cuidadores atribuíam pontuações elevadas à confiança nos enfermeiros e à sua acessibilidade, mas a dimensão da influência nas decisões obteve a pontuação mais baixa, com apenas uma pequena minoria a sentir que conseguia influenciar realmente as decisões sobre o cuidado quotidiano do familiar. Por outras palavras, as famílias confiam nos profissionais e têm acesso a eles, mas permanecem largamente excluídas da participação nas decisões de cuidados (Hagedoorn et al., 2021).

A raiz desta exclusão é iluminada por McEwan et al. (2025) que, ao desenvolverem um conjunto de ferramentas para o planeamento de alta, identificaram a tendência dos profissionais para remeterem os cuidadores para a condição de parceiros silenciosos, planeando a alta sobre eles e não com eles. A resposta que estes autores propõem é a coprodução, ou seja, o envolvimento do cuidador desde a admissão, através de instrumentos como guiões de conversação e cartas de acolhimento que o reconhecem formalmente como membro da equipa. Esta visão é reforçada pelo consenso de peritos obtido por Berthelsen et al. (2025) num estudo Delphi, no qual os enfermeiros de cuidados transicionais elegeram, por unanimidade, o envolvimento direto dos familiares no desenho das intervenções pós-alta como uma das suas responsabilidades nucleares. A dimensão da continuidade da comunicação para além das portas do internamento é completada por Elmore et al. (2024) que, ao ouvirem profissionais dos cuidados de saúde primários, recolheram a sua insatisfação com resumos de alta longos e pouco claros e a sua preferência por uma comunicação concisa e objetiva, organizada em torno de uma lista explícita de tarefas pendentes com datas definidas.

A síntese destes estudos permite concluir que a comunicação terapêutica não é uma componente secundária da relação, mas o pilar sobre o qual assenta toda a capacitação. Por um lado, existe uma convergência clara entre Haverfield et al. (2024), McEwan et al. (2025) e Berthelsen et al. (2025) quanto à necessidade de transformar o cuidador de

recetor passivo em parceiro ativo. Por outro lado, os dados de Hagedoorn et al. (2021) e de Elmore et al. (2024) mostram que, na prática, esta parceria ainda se apresenta longe de se concretizar. Para a prática de enfermagem, a implicação é direta: caracterizar as intervenções de educação para a saúde implica reconhecer que o treino de competências e a comunicação colaborativa são complementares, e que a segunda condiciona a eficácia da primeira.

4.3. Contribuição da Educação para a Saúde para a Continuidade dos Cuidados e Benefícios Associados

Caracterizadas as intervenções, coloca-se a questão decisiva para a segunda parte da pergunta de investigação: traduzem-se elas numa continuidade segura dos cuidados no domicílio? A evidência analisada sugere que sim, mas mostra também que esse efeito depende de dois fatores que funcionam como recursos protetores da transição, o envolvimento do cuidador no planeamento e o seu nível de literacia em saúde.

4.3.1. O Envolvimento do Cuidador Informal no Planeamento Transicional

A literatura é convergente em apontar o envolvimento precoce do cuidador como elemento associado a uma transição mais segura. Hagedoorn et al. (2020), num estudo transversal com cuidadores de idosos, demonstraram a existência de uma associação significativa entre o nível de colaboração percebido com os enfermeiros e a preparação do cuidador para o regresso a casa, o que sustenta a ideia de que incluir cedo é preparar melhor. Contudo, os mesmos autores (Hagedoorn et al., 2020) expõem uma fragilidade importante, ao constatarem que a preparação efetiva dos cuidadores permanecia baixa mesmo quando a colaboração percebida era razoável, o que sugere que o simples contacto formal com a equipa não garante, por si só, capacitação para lidar com a dependência em casa.

As consequências de um envolvimento insuficiente tornam-se concretas no estudo de Gama et al. (2025), realizado no Brasil à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Recorrendo à escala *Care Transitions Measure* (CTM-15), os autores classificaram a transição vivida pelas famílias como insatisfatória, com uma pontuação média de 59,23, abaixo do limiar de 70 pontos a partir do qual a transição é considerada satisfatória (Gama et al., 2025). A componente qualitativa do estudo mostrou que o défice de envolvimento no planeamento se traduziu em complicações domésticas e na necessidade de recorrer de novo a serviços de urgência e a reinternamentos, por eventos evitáveis como a obstrução de sondas. Oferecendo a explicação dos mecanismos, Rayan-Gharra et al. (2025) demonstraram, através de um modelo de mediação, que o apoio prestado ao cuidador ainda antes da admissão reflete-se numa melhor preparação da pessoa cuidada para a alta, sendo esse efeito exercido sobretudo pelo envolvimento ativo do cuidador no esclarecimento e na explicação dos cuidados durante o internamento. A trajetória do cuidado é, assim, um processo que começa antes do internamento e não um episódio confinado às vésperas da alta.

O cruzamento destes estudos com os modelos participativos discutidos anteriormente (Berthelsen et al., 2025; McEwan et al., 2025) revela um fio condutor claro: o benefício para a continuidade dos cuidados não decorre apenas da informação entregue, mas da

posição que o cuidador ocupa no processo. Quando é tratado como parceiro desde o início, a transição torna-se mais segura para a pessoa cuidada, reduzem-se os reinternamentos evitáveis e alivia-se a pressão sobre os serviços de urgência (Gama et al., 2025; Rayan-Gharra et al., 2025); quando é deixado à margem, mesmo a confiança que deposita nos profissionais não impede a falha (Hagedoorn et al., 2020; Hagedoorn et al., 2021).

4.3.2. Literacia em Saúde e Capacitação como Recursos Protetores

O segundo recurso protetor é a literacia em saúde, entendida como a capacidade do cuidador para compreender, avaliar e aplicar a informação no domicílio. Rayan-Gharra et al. (2025) identificaram a literacia em saúde do cuidador como um dos preditores mais robustos da preparação para a alta. Hagedoorn et al. (2020) reforçaram esta conclusão ao verificarem que a escolaridade formal e a existência de experiência profissional prévia na área da saúde se associavam de forma significativa a uma maior preparação, oferecendo uma base de literacia clínica que facilitava a aprendizagem de competências mais exigentes. Daqui decorre uma implicação prática relevante, já sugerida por Ganefianty et al. (2024): os cuidadores com maior literacia descodificam com mais facilidade os planos terapêuticos e a vigilância de complicações, pelo que adaptar a forma de ensinar à capacidade de compreensão de cada família não é um pormenor adicional, mas um passo necessário para garantir que cuidam em segurança.

É esta adaptação que dá sentido ao contributo de Guan e Feng (2023), em cujo modelo a preparação para a alta funcionou como variável mediadora, através da qual a qualidade do ensino se traduziu nos resultados de autocuidado após a alta. Os autores observaram ainda que, das três dimensões da qualidade do ensino, a dos conteúdos efetivamente obtidos pelos utentes foi a que registou a pontuação mais baixa (mediana de 42,0 em 60, contra 50,0 em 60 nos conteúdos de que necessitavam), o que revela um desfazamento entre aquilo que as famílias precisavam de aprender e aquilo que lhes foi de facto transmitido. Este défice na entrega de conteúdos reflete-se, do lado dos resultados, nas pontuações também mais baixas da responsabilidade pelo autocuidado e do conhecimento após a alta, o que confirma a falha das práticas tradicionais em entregar informação verdadeiramente personalizada (Guan & Feng, 2023). Como prolongamento desta lógica de adaptação, Pereira et al. (2024) introduzem o contributo das tecnologias de bem-estar e das plataformas digitais, descrevendo como os cuidadores recorrem cada vez mais aos seus dispositivos para esclarecer dúvidas, gerir terapêuticas e aceder a redes de apoio entre pares, e referindo a experiência de sistemas de saúde europeus que disponibilizam recursos de aprendizagem em linha para promover a literacia digital. Os mesmos autores (Pereira et al., 2024) alertam, no entanto, para a barreira de uma parte substancial dos cuidadores idosos não estar familiarizada com o universo digital, o que exige que estas ferramentas sejam desenhadas a partir das necessidades reais das famílias.

A síntese destas conclusões aponta para um benefício multidimensional. A capacitação assente na literacia traduz-se em maior autoconfiança e autonomia do cuidador, numa gestão mais segura dos cuidados e, conseqüentemente, em maior segurança para a pessoa dependente (Guan & Feng, 2023; Hagedoorn et al., 2020; Rayan-Gharra et al., 2025). Respondendo ao terceiro objetivo, a educação para a saúde contribui para a continuidade dos cuidados na medida em que investe nestes dois

recursos protetores, o envolvimento do cuidador e a literacia, sendo este o caminho pelo qual a capacitação do cuidador se converte em segurança no domicílio.

4.4. Limitações e Desafios Associados à Educação para a Saúde do Cuidador Informal

Apesar de toda a evidência favorável, seria imprudente concluir que a educação para a saúde resolve, por si só, a complexidade da transição internamento-domicílio. A literatura analisada identifica um conjunto de limitações e desafios, situados em três planos, que respondem ao quarto objetivo do estudo e que obrigam a uma resposta prudente à pergunta de investigação.

No plano dos cuidadores, Rojas-Ocaña et al. (2021), a partir da observação de visitas domiciliárias em Espanha, identificaram barreiras intrínsecas às famílias, como a carência de energia física, o desgaste emocional, a idade avançada do cuidador e a existência de conflitos familiares prévios, fatores estes que dificultam o processo de aprendizagem independentemente da qualidade do ensino. A estes junta-se o impacto na saúde do próprio cuidador descrito por Pereira et al. (2024), bem como a sobrecarga e a sintomatologia depressiva que Paudel et al. (2024) associaram a uma menor preparação para a alta, o que mostra que o cuidador chega frequentemente ao momento educativo já fragilizado.

No plano dos profissionais, emergem lacunas igualmente sérias. Rojas-Ocaña et al. (2021) revelaram que uma parte expressiva dos enfermeiros concluiu a formação pré-graduada sem experiência prática suficiente em comunicação e em entrevista clínica, competências essenciais para a educação em saúde. Esta fragilidade formativa ecoa na revisão de Hayajneh et al. (2020), que sintetizou as barreiras dos enfermeiros em unidades de agudos, entre as quais o baixo conhecimento sobre as necessidades pós-alta do doente, a dificuldade em definir com clareza o planeamento da alta e a tendência persistente para o perceber como uma tarefa burocrática e de responsabilidade médica. Dontoh et al. (2025) acrescentam ainda os obstáculos materiais à sustentabilidade das intervenções mais inovadoras, designadamente o custo elevado dos simuladores e a escassez de tempo das equipas.

No plano organizacional e da própria evidência, os desafios são de outra natureza, mas não menos importantes. Elmore et al. (2024) documentaram a fragmentação dos sistemas de informação e a insuficiência de recursos humanos como condicionantes estruturais da continuidade. E a análise da literatura impõe humildade nas conclusões. A revisão rápida da AHRQ (2024) classificou como insuficiente a força da evidência sobre o efeito da comunicação estruturada na redução de readmissões e de idas à urgência. A meta-análise de Chartrand et al. (2023), embora tenha encontrado uma redução das readmissões hospitalares com as intervenções centradas no doente e na família, registou uma heterogeneidade elevada entre os estudos e ausência de efeito sobre as idas à urgência. A esta precaução acresce o alerta de Steiner et al. (2025), de que os efeitos protetores tendem a confinar-se ao curto prazo, diluindo-se em avaliações mais prolongadas, e o de Borges et al. (2023) sobre a escassez de estudos robustos dirigidos a cuidadores de adultos.

A leitura crítica destes desafios não anula as conclusões anteriores, mas qualifica-as. A convergência entre Rojas-Ocaña et al. (2021), Hayajneh et al. (2020) e Paudel et al. (2024) mostra que as barreiras se distribuem por toda a cadeia, do cuidador ao profissional. A ponderação metodológica imposta pela AHRQ (2024), por Chartrand et al. (2023) e por Steiner et al. (2025) impede afirmações demasiado otimistas sobre a eficácia das intervenções. Em resposta integrada à pergunta de investigação, conclui-se que, comparativamente às práticas assistenciais habituais, as intervenções de educação para a saúde promovidas pelos enfermeiros favorecem uma maior capacitação do cuidador informal e uma transição mais segura para o domicílio, embora essa vantagem só se realize plenamente quando são removidas as barreiras pessoais, profissionais e estruturais identificadas e quando a continuidade é assegurada para além do momento da alta. A educação para a saúde é, assim, uma condição necessária da continuidade segura, ainda que não suficiente por si só.

5. Relação da Teoria das Transições de Afaf Meleis com os Resultados Analisados

A Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui o referencial mais adequado para interpretar criticamente a evidência reunida nesta revisão, uma vez que a alta e o regresso ao domicílio não representam um simples acontecimento administrativo, mas um verdadeiro processo de transição, vivido em simultâneo pela pessoa cuidada e pelo seu cuidador informal. Meleis et al. (2000) descrevem as transições que interessam à enfermagem como sendo de quatro tipos, desenvolvimentais, de saúde-doença, situacionais e organizacionais, e sublinham que raramente ocorrem de forma isolada, sobrepondo-se e entrelaçando-se de modo múltiplo e complexo. É isto que sucede na alta, em que coexistem uma transição de saúde-doença, decorrente da alteração do estado clínico da pessoa, e uma transição situacional e de papel, quando um familiar passa a assumir-se como cuidador. Assume especial relevância o facto de o próprio estudo de cuidadores familiares que sustentou a formulação da teoria ter concluído que a transição para o papel de cuidador não pode ser compreendida isoladamente da transição de doença vivida por quem é cuidado (Meleis et al., 2000). Esta leitura confere fundamento teórico direto ao objeto deste trabalho e vê-se confirmada na operacionalização do referencial conduzida por Gama et al. (2025) e por Pinto et al. (2024) no contexto preciso da transição hospital-domicílio.

A teoria organiza-se em torno de quatro domínios interdependentes: a natureza da transição e as suas propriedades; as condições que a facilitam ou inibem; as terapêuticas de enfermagem; e os padrões de resposta. Esta arquitetura permite responder, de forma progressiva, à questão que orientou a investigação.

5.1. A Natureza da Transição e as suas Propriedades

Começando pela natureza da transição, Meleis et al. (2000) identificam como propriedades essenciais a consciência das mudanças em curso, o envolvimento da pessoa no processo, a perceção de mudança e diferença, a sua extensão no tempo e a existência de pontos críticos. A consciência precede e condiciona o envolvimento, entendido como o grau em que a pessoa se implica ativamente, procurando informação, recorrendo a modelos e preparando-se de forma antecipada. A evidência aqui analisada confirma o peso destas propriedades no cuidador informal e esclarece, desde logo, a relevância da educação para a saúde.

Lima et al. (2022) descreveram famílias profundamente marcadas pelo choque e pelo medo, sem uma consciência preparada das exigências que as esperavam, um retrato que, na linguagem de Meleis, corresponde a uma transição assumida de forma súbita e ainda desprovida das condições mínimas de envolvimento. Pinto et al. (2024), num estudo qualitativo com catorze cuidadoras de pessoas altamente dependentes em contexto neurológico, conduzido à luz desta mesma teoria, demonstraram que a consciência e o envolvimento foram os aspetos centrais para a construção da segurança e para a aquisição de mestria. Em sentido contrário, Topham et al. (2022) mostraram como um ensino paternalista e unidirecional, próximo das práticas assistenciais habituais que servem de comparação nesta revisão, bloqueia o envolvimento, remetendo o

cuidador para a posição de mero observador e dando origem a lacunas de conhecimento e a incidentes no domicílio. A mestria não surge de imediato, desenvolve-se ao longo do tempo: Paudel et al. (2024) verificaram que a percepção da preparação aumentou desde a alta até aos seis meses, o que reforça a tese de Meleis et al. (2000) de que a mestria dificilmente se manifesta no início e consolida-se com a experiência.

5.2. Condições de Transição

O segundo domínio, o das condições de transição, é aquele em que a teoria revela maior poder explicativo, ao distinguir condições pessoais, comunitárias e socioculturais que tanto podem facilitar como inibir o processo. Entre as condições pessoais, Meleis et al. (2000) destacam a preparação e o conhecimento como facilitadores e o seu défice como inibidor, a par dos significados atribuídos, das crenças culturais e do estatuto socioeconómico. A despreparação documentada por Lima et al. (2022) e a baixa prontidão medida por Ganefianty et al. (2024) traduzem a ausência da preparação que a teoria considera determinante. Ao passo que, a escolaridade, a experiência prévia em saúde e a literacia surgem como recursos pessoais protetores em Hagedoorn et al. (2020) e em Rayan-Gharra et al. (2025), sendo a literacia do cuidador, neste último estudo, um dos preditores mais robustos da preparação para a alta. O estatuto socioeconómico, que Meleis et al. (2000) associaram a uma transição mais difícil, reaparece com nitidez em Gama et al. (2025), onde o baixo rendimento familiar funcionou como inibidor de uma transição que revelou-se insatisfatória.

No plano das condições comunitárias, Meleis et al. (2000) lembram que os recursos da comunidade podem apoiar ou comprometer a transição, e que a formação oferecida em horários ou locais inacessíveis, ou a falta de suporte atempado, atuam como obstáculos reais. Esta leitura ilumina os resultados de Gama et al. (2025) quanto à ausência de acompanhamento pelos cuidados de saúde primários. Os resultados de Elmore et al. (2024) sobre a fragmentação dos sistemas de informação e a insuficiência de recursos humanos. E ainda, os resultados de Pereira et al. (2024) acerca das redes digitais de suporte enquanto recurso comunitário emergente.

As condições socioculturais, que Meleis et al. (2000) exemplificam com a desigualdade de género e a tendência das mulheres para colocarem as suas próprias necessidades em segundo plano, encontram expressão indireta na composição do *corpus*, em que o cuidado recai de forma esmagadora sobre as mulheres (Ganefianty et al., 2024; Gama et al., 2025; Hagedoorn et al., 2020). A estas condicionantes acrescem inibidores de ordem profissional, como as falhas de formação dos enfermeiros descritas por Rojas-Ocaña et al. (2021), os constrangimentos de tempo e os custos dos simuladores reportados por Dontoh et al. (2025), a percepção da alta como tarefa burocrática e de responsabilidade médica identificada por Hayajneh et al. (2020), e ainda, no plano pessoal e clínico, a depressão, a idade avançada e a sobrecarga que Paudel et al. (2024) associaram a uma menor preparação.

5.3. Terapêuticas de Enfermagem

O terceiro domínio, o das terapêuticas de enfermagem, decorre logicamente da análise das condições e ajuda a responder ao segundo objetivo, a caracterização das intervenções, uma vez que Meleis et al. (2000) sustentam que é o conhecimento das propriedades e das condições de cada transição que possibilita desenhar intervenções coerentes com a experiência singular de cada pessoa e da sua família, sendo a preparação antecipada uma das suas principais alavancas. As intervenções caracterizadas ao longo desta revisão correspondem, em larga medida, a estas terapêuticas.

A simulação clínica descrita por Borges et al. (2023) e por Dontoh et al. (2025) capacita o cuidador para o desempenho do papel e atenua a sua ansiedade. A qualidade do ensino de quantificada por Guan e Feng (2023) revela-se um preditor relevante da capacitação para a alta. A comunicação estruturada em torno do apoio e da organização proposta por Haverfield et al. (2024) e a coprodução participativa do plano defendida por McEwan et al. (2025) criam o ambiente relacional que resgata o cuidador da condição de parceiro silencioso. O recurso às tecnologias de bem-estar discutido por Pereira et al. (2024), a par das listas de tarefas claras reclamadas pelos clínicos em Elmore et al. (2024) e da articulação precoce evidenciada por Rayan-Gharra et al. (2025), traduz a mobilização de recursos que a teoria preconiza. Por fim, a ênfase de Meleis et al. (2000) na preparação antecipada como condição facilitadora encontra tradução prática no consenso Delphi de Berthelsen et al. (2025), que atribui aos enfermeiros de cuidados transicionais a identificação precoce do risco, o uso do plano de cuidados na comunicação intersectorial e a realização de reuniões de alta alargadas ao doente e à família. De igual forma, Hayajneh et al. (2020) apela a que o planeamento da alta comece logo no momento da admissão.

5.4. Padrões de Resposta

O quarto domínio, o dos padrões de resposta, oferece os indicadores que permitem avaliar se a transição segue um percurso adaptativo ou de risco, permitindo, assim, compreender a contribuição da educação para a continuidade dos cuidados. Entre os indicadores de processo, Meleis et al. (2000) destacam o sentir-se ligado, em particular a possibilidade de contar com profissionais acessíveis que respondem às dúvidas e asseguram continuidade na relação, o interagir, o situar-se na nova realidade e o desenvolver de confiança e de estratégias de gestão. O primeiro destes indicadores ajuda a compreender o paradoxo revelado por Hagedoorn et al. (2021), em que os cuidadores confiavam nos enfermeiros e os consideravam acessíveis, mas continuavam excluídos das decisões, sinal de uma ligação que existia sem se traduzir em verdadeira colaboração. Leitura que encontra apoio na valorização da comunicação de apoio por Haverfield et al. (2024) e na insatisfação com a comunicação institucional documentada por Elmore et al. (2024). O desenvolver da confiança, que Meleis et al. (2000) associam à compreensão crescente dos processos de tratamento e à utilização de recursos, manifesta-se de forma quase laboratorial em Dontoh et al. (2025), em que o desconforto inicial deu lugar, após o treino de simulação, a uma confiança declarada para gerir os

dispositivos no domicílio. Esta confiança articula-se com a função mediadora da prontidão para a alta demonstrada por Guan e Feng (2023).

Quanto aos indicadores de resultado, Meleis et al. (2000) propõem a mestria e a construção de uma identidade fluida e integradora. A descrição que a teoria faz da mestria é particularmente próxima do objeto deste trabalho, ao enumerar competências como vigiar e interpretar sintomas, decidir, prestar cuidados diretos, aceder a recursos, trabalhar em colaboração com a pessoa cuidada e saber mover-se no sistema de saúde, e ao afirmar que ela resulta da combinação de competências antigas com competências novas, adquiridas ao longo do processo. São precisamente estas as exigências que recaem sobre os cuidadores retratados por Ganefianty et al. (2024) e por Dontoh et al. (2025). Foi este o resultado alcançado por doze das catorze cuidadoras acompanhadas por Pinto et al. (2024), todas elas sujeitas a treino durante o internamento e a seguimento telefónico após a alta, num resultado que Gama et al. (2025) igualmente reconhecem como horizonte de uma transição bem-sucedida.

Esta leitura pelos padrões de resposta ajuda também a interpretar a prudência que a evidência mais robusta impõe. A meta-análise de Chartrand et al. (2023), reunindo cinquenta ensaios clínicos aleatórios, encontrou uma redução significativa das readmissões, embora com heterogeneidade elevada e sem efeito sobre as idas à urgência. A revisão rápida da AHRQ (2024) classificou a força global da evidência como insuficiente. E ainda, Steiner et al. (2025) demonstrou que os efeitos protetores confinam-se a curto prazo, diluindo-se para além dos seis meses. Longe de contrariar o referencial, esta limitação confirma-o, pois Meleis et al. (2000) nunca atribuíram o resultado da transição apenas às terapêuticas de enfermagem, situando-o antes na interação destas com as condições pessoais, comunitárias e socioculturais. Por outras palavras, a educação para a saúde, mesmo conduzida com rigor, não basta enquanto as condições estruturais permanecerem adversas.

5.5. Integração dos Resultados à Luz da Teoria das Transições

Reunindo os contributos dos quatro domínios, torna-se possível responder de forma articulada aos objetivos e à questão que guiaram este estudo.

Relativamente ao objetivo geral, explorar as estratégias de educação para a saúde promovidas pela enfermagem ao cuidador informal na preparação para a alta de pessoas adultas. A evidência analisada demonstra que, estas estratégias atuam sobre as propriedades, as condições e os padrões de resposta da transição, capacitando o cuidador para o novo papel.

No que diz respeito ao primeiro objetivo, confirma-se a relevância da educação para a saúde, na medida em que é ela que eleva a consciência e o envolvimento do cuidador e contraria a despreparação inicial (Lima et al., 2022; Pinto et al., 2024). Quanto ao segundo objetivo, as intervenções de enfermagem ficam caracterizadas como terapêuticas coerentes com a teoria, da simulação à comunicação estruturada e da coprodução à mobilização de recursos e à preparação antecipada (Berthelsen et al., 2025; Borges et al., 2023; Dontoh et al., 2025; Haverfield et al., 2024; McEwan et al., 2025). Em relação ao terceiro objetivo, a contribuição para a continuidade dos cuidados

exprime-se na mestria enquanto indicador de uma transição segura para o domicílio e nos benefícios associados de maior confiança e menor utilização inadequada de recursos a curto prazo (Gama et al., 2025; Guan & Feng, 2023; Pinto et al., 2024). E quanto ao quarto objetivo, as limitações e desafios localizam-se, com nitidez, no domínio das condições inibidoras, sejam pessoais, profissionais ou estruturais (Elmore et al., 2024; Gama et al., 2025; Hayajneh et al., 2020; Rojas-Ocaña et al., 2021).

Em resposta direta à questão de investigação, conclui-se que, comparativamente às práticas assistenciais habituais, as intervenções de educação para a saúde promovidas pelos enfermeiros favorecem uma maior capacitação do cuidador informal e uma transição internamento-domicílio mais segura. Ainda que, a continuidade segura no domicílio não dependa apenas do êxito pedagógico da intervenção, exigindo igualmente a remoção das barreiras socioeconómicas e estruturais que a evidência identifica (AHRQ, 2024; Chartrand et al., 2023; Steiner et al., 2025).

Em síntese, a Teoria das Transições de Afaf Meleis suporta este trabalho ao transformar a alta institucional num processo que importa acompanhar, reposicionando o cuidador não como recetor passivo de informação, mas como protagonista de uma transição que pode resultar em mestria ou em rutura. O seu contributo para os cuidadores informais, representado na figura 3, manifesta-se em vários planos. Antes de mais, legitima e dá nome à sua experiência, reconhecendo o choque, o medo e a vulnerabilidade inicial como propriedades expectáveis de quem transita, e não como fragilidades individuais. Depois, fornece ao enfermeiro um mapa de ação coerente, que consiste em avaliar a consciência, o envolvimento e as condições de cada cuidador, mobilizar as terapêuticas ajustadas e monitorizar os indicadores de processo para intervir antes que a transição se torne mal adaptativa. Define, ainda, um horizonte exigente e mensurável, o da mestria, deslocando o foco da mera transmissão de conteúdos para a construção real de competências, confiança e autonomia no domicílio. E, ao integrar explicitamente as condições comunitárias e socioculturais, explica por que razão a capacitação do cuidador, embora indispensável, só se converte em continuidade segura quando acompanhada por uma articulação efetiva entre a instituição e a comunidade. É nesta dupla exigência, capacitar a pessoa e transformar o contexto, que reside o contributo mais profundo do pensamento de Meleis para a enfermagem dirigida ao cuidado do próprio cuidador informal.

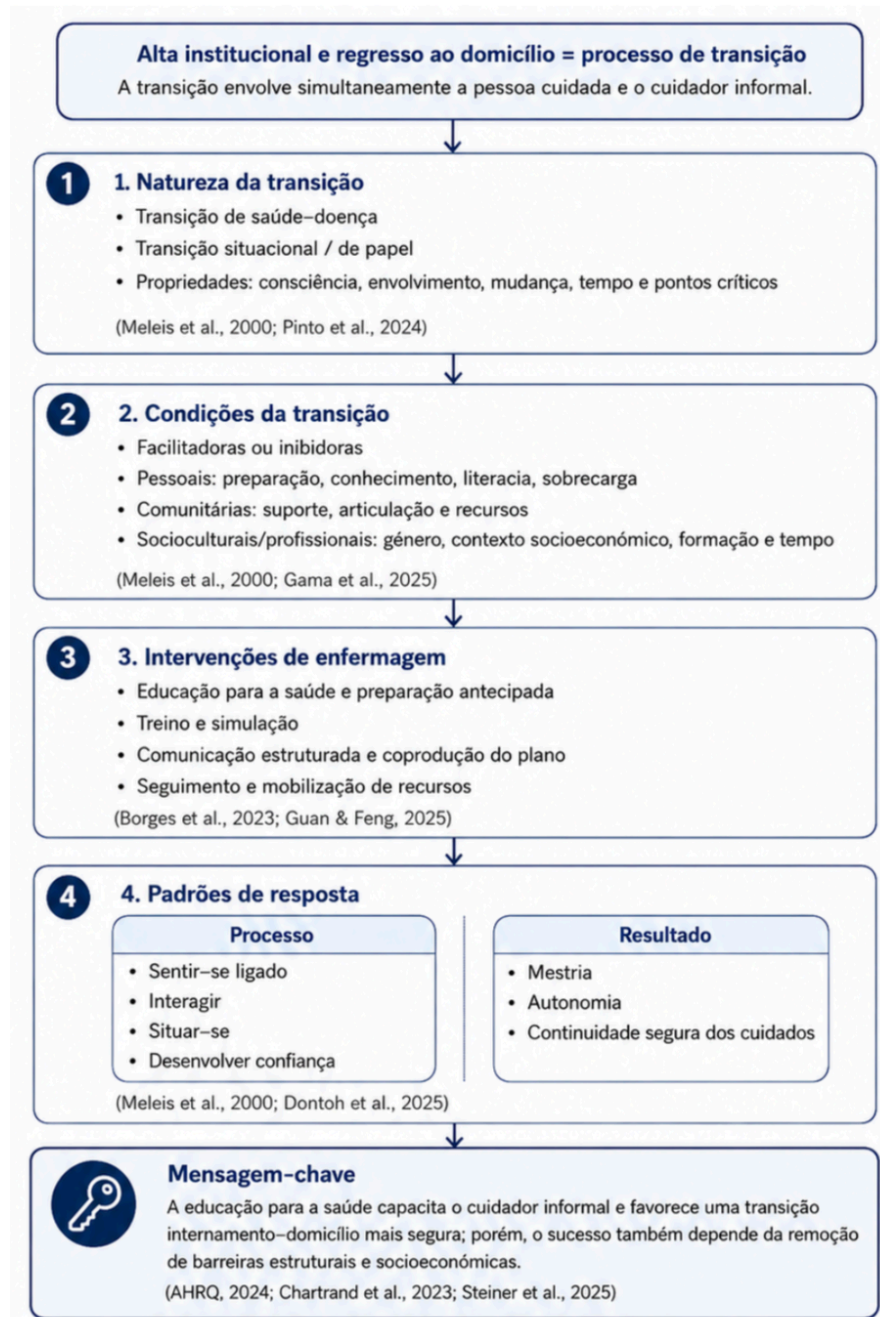


Figura 3: Síntese da Teoria das Transições de Afaf Meleis aplicada à preparação do cuidador informal para a alta institucional da pessoa cuidada.³

³ Figura elaborada pelas autoras, com recurso a ferramenta de inteligência artificial, a partir da síntese da revisão narrativa da literatura à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da evidência científica analisada.

6. Considerações Finais

Ao longo desta revisão narrativa da literatura, tornou-se evidente que a promoção da educação para a saúde do cuidador informal, constitui uma intervenção nuclear na transição internamento-domicílio, particularmente quando a pessoa cuidada depende de apoio continuado após a alta. Os estudos analisados convergem na ideia de que o cuidador não deve ser entendido como um mero recetor de informação, mas como um parceiro terapêutico cuja participação ativa no planeamento da alta condiciona a segurança, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados em casa. A educação para a saúde, quando estruturada, individualizada e iniciada atempadamente, favorece a aquisição de competências, reforça a autoconfiança do cuidador e contribui para uma adaptação mais eficaz ao novo papel.

Nesta perspetiva, o enfermeiro assume um lugar central enquanto agente facilitador da transição, sendo responsável por avaliar necessidades, identificar barreiras, adequar a comunicação e mobilizar estratégias pedagógicas ajustadas ao contexto e ao perfil do cuidador. A literatura analisada mostra que intervenções como o ensino personalizado, a demonstração prática, a simulação clínica, o uso de comunicação estruturada e o *follow-up* após a alta podem reforçar a prontidão do cuidador e reduzir dificuldades na continuidade dos cuidados. Em simultâneo, os resultados evidenciam que a eficácia destas intervenções depende de condições organizacionais favoráveis, designadamente tempo disponível, articulação entre serviços e existência de planos de alta consistentes e integrados.

Outro ponto fortemente evidenciado nesta revisão é a importância da literacia em saúde, considerada essencial para que o cuidador consiga interpretar, aplicar e monitorizar a informação recebida. Quando a literacia é limitada, aumentam a vulnerabilidade, a sobrecarga e o risco de erros no domicílio, o que reforça a necessidade de intervenções educativas compreensíveis, progressivas e adaptadas ao nível de conhecimento de cada cuidador. Assim, educar em saúde não se resume à transmissão de conteúdos técnicos, mas implica uma relação terapêutica baseada na escuta ativa, na validação, na verificação da compreensão e na construção de confiança, de modo a promover uma transição mais segura e humanizada.

A revisão permitiu ainda reconhecer benefícios relevantes para a pessoa cuidada, para o cuidador informal e para o sistema de saúde. Para a pessoa cuidada, a capacitação do cuidador favorece maior segurança no regresso a casa, melhor gestão das necessidades e potencial redução de readmissões evitáveis. Para o cuidador informal, os benefícios traduzem-se em maior preparação, sentimento de competência e menor sobrecarga perante a aquisição de novas responsabilidades. Para o sistema de saúde, o investimento na educação para a saúde poderá contribuir para transições mais eficientes, menor utilização inadequada de recursos e reforço da continuidade assistencial entre o hospital e a comunidade. Todavia, os estudos também revelam fragilidades persistentes, como a inclusão tardia do cuidador, a escassez de protocolos estruturados, a comunicação fragmentada e a insuficiente articulação entre a equipa de cuidados de saúde secundários e os Cuidados de Saúde Primários.

Em termos teóricos, os resultados confirmam a pertinência da Teoria das Transições de Afaf Meleis para compreender a alta como uma mudança complexa, simultaneamente

situacional, relacional e de papel. O cuidador informal necessita de condições facilitadoras, de suporte profissional e de oportunidades de aprendizagem que lhe permitam desenvolver mestria no novo papel.

Importa reconhecer as limitações do trabalho. No plano metodológico, a pesquisa bruta gerou um volume superior a 4.000 artigos, cuja análise integral se tornou inviável face ao cronograma, o que obrigou à aplicação de filtros restritivos, entre os quais a limitação linguística (português, inglês e espanhol), potencialmente excludente de contributos noutras línguas. A triagem inicial apoiada em inteligência artificial, embora sempre validada pelas autoras, constitui igualmente uma limitação de reprodutibilidade. Acrescem a heterogeneidade metodológica dos estudos e a escassez de produção centrada especificamente em adultos dependentes e no contexto nacional, o que reforça a necessidade de mais investigação qualitativa e de estudos de intervenção que avaliem, de forma mais rigorosa, o impacto de estratégias educativas na prática clínica real.

No entanto, também se apresenta de extrema importância salientar os pontos fortes desta revisão. Apresentamos um enquadramento epidemiológico e jurídico atualizado, contextualizando com a realidade portuguesa. Seguimos um fio condutor teórico, ancorado à teoria selecionada, Teoria de Afaf Meleis, valorizando os resultados obtidos. Quanto ao recurso da inteligência artificial na triagem dos artigos, reconhecemos que constitui uma limitação em termos de reprodutibilidade, ainda assim, consideramos tratar-se de uma estratégia inovadora e pragmática, cuja condução e validação permaneceram sob a responsabilidade das autoras, sobretudo através do protocolo de validação manual descrito no ponto 3.7. da metodologia.

Face aos objetivos definidos, conclui-se que a educação para a saúde dirigida ao cuidador informal na preparação para a alta é relevante. Influencia positivamente a sua capacitação e contribui para a continuidade segura dos cuidados no domicílio. Foi possível caracterizar intervenções de enfermagem assentes na comunicação estruturada, no ensino individualizado, na demonstração prática, na simulação clínica e na inclusão ativa do cuidador no planeamento da alta. Bem como, identificar as principais limitações e desafios, relacionados com a falta de tempo, de estrutura e de articulação entre contextos de cuidados. Respondendo à questão de investigação, os estudos analisados sugerem que, comparativamente às práticas assistenciais habituais, as intervenções de educação para a saúde promovidas pelos enfermeiros favorecem uma maior capacitação do cuidador informal e uma transição internamento-domicílio mais segura, ainda que a sua efetividade dependa de condições organizacionais e da adaptação às necessidades reais de cada cuidador.

Em termos de implicações para a prática, os resultados sustentam a necessidade de protocolos institucionais normalizados de transição de cuidados, de canais de comunicação digitais partilhados com as equipas comunitárias e de um planeamento da alta iniciado logo na admissão. Para investigação futura, recomenda-se a realização de estudos de intervenção, centrados em adultos dependentes e no contexto português, que avaliem de forma rigorosa o impacto das estratégias educativas na prática clínica real com avaliação de *outcomes* a médio e longo prazo.

7. Referências Bibliográficas

- AHRQ. (2024). Engaging family caregivers with structured communication for safe care transitions: Rapid review. Agency for Healthcare Research and Quality. Making Healthcare Safer IV Report.
- ALSHAMI, A., Elsayed, M., Ali, E., Eltoukhy, A. E. E., Zayed, T. (2023). Harnessing the Power of ChatGPT for Automating Systematic Review Process: Methodology, Case Study, Limitations, and Future Directions. *Systems*, 11(351), 1-37. <https://doi.org/10.3390/systems11070351>.
- ALZHEIMER PORTUGAL. (2019). Estatuto do Cuidador Informal. <https://alzheimertugal.org/estatuto-do-cuidador-informal-3/>.
- ARAÚJO, M. C., Lima, G. F., Alves, R. F. S., Silva, N. G. R., Jesus, C. A. C., & Bolina, A. F. (2025). Nursing Process Applied to Older Adults in Care Transition From Hospital to Home: A Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, 11(0), 1-14. <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/23779608251349951>.
- ARCADINHO, A., Folque, A., & Da Costa, C. L. (2020). Como garantir a qualidade de uma investigação? - o papel da revisão sistemática de literatura. *Universidade de Évora*. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/29365/1/Arcadinho%20Folque%20%26%20LealdaCosta%202020.pdf>.
- BAIXINHO, C. L., & Ferreira, O. (2019). Do hospital para a comunidade: A transição in(segura). *Revista baiana de enfermagem*, 33, 1-3. DOI 10.18471/rbe.v33.35797.
- BERTHELSEN, C., Mabire, C., & Lerbaek, B. (2025). Position, Responsibilities and Practice Interventions Relevant for Danish Transitional Care Nurses to Perform During Discharge of Older People: Delphi Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 82(5), 5178-5193. <https://doi.org/10.1111/jan.70168>.
- BORGES, A. P. C., Almeida, R. G. S., Barboza, E. S., & Arruda, G. O. (2023). Treinamento por simulação de cuidadores na alta hospitalar do paciente com doenças crônicas: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0043pt>.
- CARDOSO, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 46(2), 513-517. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200033>.
- CHARTRAND, J., Shea, B., Hutton, B., Dingwall, O., Kakkar, A., Chartrand, M., Poulin, A., & Backman, C. (2023). Patient and family-centred care transition interventions for adults: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(4), 1-42. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad102>.
- COSTA, A., Loura, D. S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., & Henriques, M. A. (2022). Informal caregivers' health literacy in Lisbon, Portugal: A profile for health promotion prioritization. *Geriatrics*, 7(5), 92. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>.

- COSTA, G. S. R., Da Silva, N. C. S. R., Dos Santos, J. L., Peixoto, J. J. D. A., Souza, V. R. D. S., Whitaker, M. C. O., & Rosa, D. D. O. S. (2025). Enfermagem e o ato de cuidar: uma reflexão dos fundamentos, conceitos e raízes históricas. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 17(1), 1-17. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n1-126>.
- Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro. Diário da República, Série I. <https://dre.pt>.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, Série I-A. <https://dre.pt>.
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro. Diário da República, Série I. <https://dre.pt>.
- Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro. Diário da República, Série I. <https://dre.pt>.
- DONTOH, M. E., Fortune, D'A., Ampomah, D., Schaab, S. (2025). Enhancing Caregiver Readiness: The Role of Simulation-Based Training With Mannequins and Models in Patient Discharge Education. *Clinical Feature*, 50(4), 145-150. <https://doi.org/10.1097/RNJ.0000000000000508>.
- EFTHYMIU, A., & Papastavrou, E. (2023). Informal caregivers and health literacy. In A. Charalambous (Ed.), *Informal caregivers: From hidden heroes to integral part of care*, 97–110. Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16745-4_6.
- ELMORE, C. E., Elliott, M., Schumutz, K. E., Raaum, S. E., Johnson, E. P., Bristol, A. A., Conroy, M. B., & Wallace, A. S. (2024). Assessing patient readiness for hospital discharge, discharge communication, and transitional care management. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 37(4), 706–736. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230172R3>.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2024). Estatuto de cuidador informal: Perguntas frequentes. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/estatuto-de-cuidador-informal/>.
- ESPÍRITO SANTO, F. H., & Porto, I. S. (2006). De Florence Nightingale às Perspectivas atuais sobre o Cuidado de Enfermagem: a Evolução de um Saber/Fazer. *Escola Anna Nery*, 10(3), 539-546. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300025>.
- FREITAS, B. R., Alves, D. M., Chiquito, L. M., & Ferreira, L. F. (2025). Transition from hospital to home care: A mixed methods study in light of Meleis's theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0050>.
- GANEFIANTY, A., Songwathana, P., & Damkliang, J. (2024). Readiness for hospital discharge perceived by caregivers of patients with traumatic brain injury: A cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*, 10(2), 209-214. <https://doi.org/10.33546/bnj.3019>.
- GAMA, L. M. P., Ribeiro, K. R. C., Oliveira, J. L. C., Costa, M. A. R., Acosta, A. M., & Souza, V. S. (2025). Transition from hospital to home care: a mixed methods study

- in light of Meleis's Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357>.
- Gov.pt. (s.d.a). *Cuidador informal*. <https://www.gov.pt/guias/apoio-a-familia/cuidador-informal>.
- Gov.pt. (s.d.b). *Guia prático do cuidador informal*. <https://www.gov.pt/guias/cuidador-informal>.
- GUAN, M., & Feng, X. (2023). Correlation between quality of discharge teaching, readiness for hospital discharge and health outcomes of hysterectomy patients: A structural equation model analysis. *Nursing Open*, 10(6), 3817–3827. <https://doi.org/10.1002/nop2.1640>.
- HAGEDOORN, E. I., Keers, J. C., Jaarsma, T., Schans, C. P., Luttik, M. L. A., & Paans, W. (2020). The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. *Geriatric Nursing*, 41(4), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.02.004>.
- HAGEDOORN, E. I., Keers, J. C., Paans, W., Jaarsma, T., van der Schans, C. P., Luttik, M. L. A., & Krijnen, W. P. (2021). Family caregivers' perceived level of collaboration with hospital nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1697–1706. <https://doi.org/10.1111/jonm.13244>.
- HAGGERTY, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Satrfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *theBMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- HAVERFIELD, M. C., De Leon, G., Johnson, A., Jackson, V. L., Basu, G., & Dodge, J. (2024). Transforming the discharge conversation through support and structure: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100203>.
- HAYAJNEH, A. A., Hweidi, I. M., & Abu Dieh, M. W. (2020). Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open*, 7(5), 1324–1335. <https://doi.org/10.1002/nop2.547>.
- HUANG, R., Lee, T., Lin, Y., Liu, C., Wu, H., & Huang, S. (2022). Factors Related to Family Caregivers Readiness for the Hospital Discharge of Advanced Cancer Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138097>.
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL. (2026a). Estatuto do Cuidador Informal. *Segurança Social Direta*. <https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/estatisticas/estatisticas-cuidador-informal?type=monthly>.
- INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL. (2026b). Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal. *Segurança Social Direta*. <https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/menu/familia/deficiencia-incapacidade/subsidio-apoio-cuidador-informal-principal>.

- KHRAISHA, Q., Put, S., Kappesberg, J., Warraitch, A., Hadfield, K. (2024). Can large language models replace humans in systematic reviews? Evaluating GPT-4's efficacy in screening and extracting data from peer-reviewed and grey literature in multiple languages. *Research Synthesis Methods*, 15, 616-626. DOI: 10.1002/jrsm.1715.
- KRAMER, K. L. (2021). The Human Family – It's Evolutionary Context and Diversity. *Social Sciences*, 10(191), 1-17. <https://doi.org/10.3390/socsci10060191>.
- Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro. Alteração ao regime do Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República, Série I, n.º 28. <https://dre.pt>.
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. *Diário da República, Série I, n.º 171*, pp. 3–16. <https://dre.pt>.
- LIMA, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A.R., & Coimbra, T. (2022). Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 47-58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.191>.
- MARKOVICH, L., Sela, Y., & Grinberg, K. (2026). Continuity of Care Across Hospital-to-Community Transitions: A Narrative Review Integrating Concepts, Measurement, and Nursing-Relevant Approaches. *Healthcare*, 14(656), 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare14050656>.
- MCEWAN, K., Sanders, T., Carr, S., Van Der Graaf, P., Jones, S., Aquino, M. R. J., Hogg, M. J., Potthoff, S., Hameed, R., Lai, F., & Cooper, C. (2025). Co-producing personalised discharge planning: Developing a toolkit to improve caregiver involvement in hospital transitions. *Health Expectations*, 28(6). <https://doi.org/10.1111/hex.70483>.
- MELEIS, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. *Springer*.
- MELEIS, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- MENDES, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2022). Reviews of literature in nursing research: Methodological considerations and practical guide. *Advances in Nursing Science*, 45(3), E62–E73. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000434>.
- MOURA, A., Pais, S. C., & Alves, E. (2023). Aprendizagens no cuidado informal: Uma análise reflexiva do Estatuto do Cuidador Informal e de experiências de cuidadores/as informais. *Revista Portuguesa de Educação*, 36(2), 1-21. <http://doi.org/10.21814/rpe.27311>.
- PAIVA, S. (2025). Qual a diferença entre cuidador formal e informal? *TomaConta*. <https://www.tomaconta.com/blog/diferenca-entre-cuidador-formal-e-informal>.

- PAUDEL, A., Harrasi, A. M., A., Kuzmik, A., Berish, D., Yahaya, A., & Boltz, M. (2024). Family Care Partner's Preparedness in Caring for Hospitalized Persons With Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(11), 1-8. <https://doi.org/10.1002/gps.70013>.
- PEREIRA, F., Bolduc, C., Melly, P., & Renggli, V. (2024). Informal caregivers in transitional hospital-to-home care for older people: Addressing gaps in pre-discharge collaboration for enhanced patient outcomes. *Patient Preference and Adherence*, 19, 3159-3167. <https://doi.org/10.2147/PPA.S453419>.
- PINTO, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2019). Manual do Cuidador. *Imprensa da Universidade de Coimbra*. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>.
- PINTO, I. S., Pedreira, L. C., Belmonte, M. S., Lacerda, M. R., Amaral, J. B., Menezes, T. M. O., Santos, J. M., Seunarine, J., Ortega, J., & Santos, H. (2024). Acquisition of mastery by the caregiver for the continuity of care after hospital discharge. *Applied Nursing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151809>.
- Portaria n.º 64/2020, de 10 de março. Diário da República, Série I. <https://dre.pt>.
- RAYAN-GHARRA, N., Tonkikh, O., & Gur-Yaish, N. (2025). Family caregiver role in care recipient preparedness for hospital discharge: A parallel mediation model. *PLOS One*, 20(7), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0327758>.
- RIBEIRO, J. L. P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Placebo Editora*.
- ROJAS-OCAÑA, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & García Navarro, E. B. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Primary Health Care Research & Development*, 22(E26), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000086>.
- ROTHER, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v–vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
- SALVIANO, M. E. M., Nascimento, P. D. F. S., Paula, M. A., Vieira, C. S., Frison, S. S., Maia, M. A., Souza, K. V., & Borges, E. L. (2016). Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1240-1245. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>.
- SCHUMACHER, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.
- SEQUEIRA, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2.ª ed.). *Lidel*.
- SOARES, S., Hoffmeister, L. V., Fernandes, M. F., Henriques, A., & Costa, A. (2024). The use of digital technologies in the promotion of health literacy and empowerment of informal caregivers: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 26. <https://doi.org/10.2196/54913>.
- SORENSEN, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and

integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Artigo 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

STEINER, L. M., Osmanovic, S., Hahn, S., Bonetti, L., & Zwahlen, S. (2025). The effectiveness of interventions on clinical and patient-reported outcomes in hospital-to-home transitions of older adults: a systematic review. *European Journal of Ageing*, 22(1), 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10433-025-00890-w>.

Topham, E., Bristol, A., Luther, B., Elmore, C. E., Johnson, E., & Wallace, A. S. (2022). Caregiver inclusion in IDEAL discharge teaching: Implications for transitions from hospital to home. *Professional Case Management*, 27(4), 181-193. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000563>.

Apêndice I - Póster sobre linhas de apoio ao cuidador informal em Portugal⁴



**Politécnico
Castelo Branco**
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA



**U.C.C.
Fundação**

Linha de Apoio ao Cuidador Informal

— *Cuidar de quem cuida também é essencial* —

A Linha Verde **gratuita** disponibiliza informação, orientação e apoio ao **Cuidador Informal**, à pessoa cuidada, às famílias e aos profissionais de saúde e da área social.

Linha Verde gratuita

800 242 252

-  Segunda a sexta-feira
-  09h00 – 18h00
-  Atendimento gratuito

Que apoio pode encontrar?

 Respostas e prestações sociais Informação sobre apoios disponíveis e direitos sociais.	 Estatuto do Cuidador Informal Esclarecimento sobre o reconhecimento legal do cuidador e os procedimentos associados.	 Serviços de apoio Orientação sobre capacitação, pausas breves, apoio psicológico e outros recursos.	 Atividades de bem-estar Divulgação de iniciativas que promovem o equilíbrio, a saúde e a qualidade de vida do cuidador.
---	---	--	--



Apoio emocional ao Cuidador Informal

Cuidar de outra pessoa pode ser uma experiência gratificante, mas também desafiante. O cuidador pode sentir cansaço, preocupação, ansiedade, tristeza ou sobrecarga.

A Linha de Apoio dispõe de escuta, orientação e acompanhamento emocional, ajudando o cuidador a sentir-se compreendido e menos sozinho.

Pedir ajuda é também uma forma de cuidar.





O bem-estar do Cuidador Informal é essencial para a qualidade dos cuidados prestados.



Referência bibliográfica

Cuidadores. (s.d.). Informação e aconselhamento. <https://cuidadores.pt/servicos/informacao-e-aconselhamento/>

Elaborado por J.B.F aluna de 4º ano da ESALD sob sup. da Enf. EESMP A.C no âmbito do Estágio VI, realizado na UCC do Fundação da ULS Cova da Beira

⁴ Trabalho elaborado no âmbito do estágio VI do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, aguarda aprovação da ULS Cova da Beira para publicação interna

Apêndice II – Cronograma

Tabela 4: Cronograma

Mês	fevereiro / março					abril					maio				junho				julho	
Dias	23 - 01	02 - 08	09 - 15	16 - 22	23 - 29	30 - 05	06 - 12	13 - 19	20 - 26	27 - 03	04 - 10	11 - 17	18 - 24	25 - 31	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 05	06 - 10
Seminários de Empreendedorismo							Férias da Páscoa													
Estágio em Contexto Hospitalar																				
Estágio em Contexto Comunitário																				
Projeto Profissional			13																	
Escolha do Tema para o Trabalho Final de Curso																				
Pesquisa Bibliográfica																				
Elaboração do Trabalho Final de Curso e Entrega																12				
Preparação para a apresentação do Trabalho Final de Curso																				
Seminários de Integração à Vida Profissional																				

Apêndice III – Caracterização dos estudos incluídos no *corpus*

Tabela 5: Caracterização dos estudos incluídos no *corpus*⁵

Autor (ano)	País	Desenho	População / Amostra	Objetivo	Principais resultados	Contributo para o trabalho
AHRQ (2024)	EUA	Revisão rápida	Estudos sobre comunicação estruturada com cuidadores familiares em transições de cuidados	Avaliar a comunicação estruturada com cuidadores para transições seguras	Força da evidência insuficiente. Readmissões a 30 dias: 4 estudos pré-pós (N=1.144), RR 0,18-0,57, imprecisos. Idas à urgência inconsistentes. <i>Stress</i> do cuidador (PSS, n=57) sem diferença significativa (p=0,25)	Demonstra os limites e a fragilidade da evidência quantitativa; sustenta a leitura crítica das limitações (Obj. 4; Ponto 5)
Berthelsen et al. (2025)	Dinamarca	Estudo de consenso Delphi	54 Enfermeiros de Cuidados Transicionais (TCN)	Definir posição, responsabilidades e intervenções dos TCN na alta de pessoas idosas	Consenso de 100% em assegurar uma alta segura para necessidades complexas e em usar o Plano de Cuidados na comunicação intersetorial; valoriza a identificação precoce de risco e reuniões de alta alargadas ao doente e família	Formaliza as intervenções de enfermagem transicionais e o papel do plano de cuidados (Obj. 2 e 3)
Borges et al. (2023)	Brasil	Revisão integrativa	6 estudos incluídos (de 3.218 citações) sobre treino por simulação de cuidadores	Mapear o treino por simulação na alta de doentes com doenças crónicas	A simulação atua como tecnologia educacional; é mais eficaz quando combinada com aulas dialogadas e recursos audiovisuais; reduz eventos adversos. Evidência concentrada em cenários pediátricos	Fundamenta a simulação clínica como método inovador de EpS (Obj. 2)
Chartrand et al. (2023)	Canadá (revisão internacional)	Revisão sistemática e meta-análise de ECR	50 ECR; 13.985 participantes adultos	Avaliar intervenções de transição centradas no doente e na família	Redução significativa de readmissões (IRR=0,86; IC 95% 0,75-0,98) com heterogeneidade elevada (I ² =73%); efeito nulo nas idas à urgência (IRR=1,00; I ² =29%)	Aporta a evidência macro (e a sua heterogeneidade) sobre a eficácia das intervenções (Obj. 4; Ponto 5)

⁵ Elaborada pelas autoras com base nos estudos analisados: ECR; CTM-15; PSS; IRR; IC. Os objetivos referidos (Obj. 1 a 4) e o Ponto 5 remetem para a sua mobilização ao longo do trabalho.

Dontoh et al. (2025)	EUA	Estudo de implementação / melhoria de qualidade (pré-pós)	Cuidadores numa unidade de reabilitação aguda (67 camas); 10 inquiridos; coorte de 15 para o tempo de internamento	Avaliar o impacto de um programa de treino por simulação com manequins e modelos	Desconforto pré-treino em 88% dos cuidadores invertido para 78% confiantes no pós; 100% de recetividade; tempo de internamento reduzido de 1,7 para 1,3; ensino em quatro fases	Validação empírica da simulação e do seu impacto na gestão hospitalar (Obj. 2 e 3)
Elmore et al. (2024)	EUA	Métodos mistos convergentes	Cerca de 25 clínicos de medicina geral e familiar (médicos e enfermeiros)	Avaliar a prontidão para a alta, a comunicação e a gestão de cuidados transicionais	32% insatisfeitos e 56% neutros face à comunicação hospitalar; resumos de alta longos, inconsistentes e raramente assinados a tempo; fragmentação dos sistemas de informação e subdimensionamento de recursos	Expõe barreiras na interface hospital-cuidados primários (Obj. 3 e 4)
Gama et al. (2025)	Brasil	Métodos mistos (à luz da Teoria de Meleis)	26 doentes e 18 familiares (61,1% mulheres; 77,8% cuidadores principais)	Analisar a transição hospital-domicílio segundo a Teoria das Transições	Transição insatisfatória (CTM-15=59,23, abaixo de 70); inibidores: baixo rendimento e ausência de seguimento pelos cuidados primários; reinternamentos e novos atendimentos	Operacionaliza a teoria de Meleis e identifica inibidores estruturais (Obj. 3 e 4; Ponto 5)
Ganefianty et al. (2024)	Indonésia	Estudo transversal	74 cuidadores de pessoas com traumatismo cranioencefálico moderado/grave	Avaliar a prontidão para a alta percebida pelos cuidadores	Prontidão média muito baixa ($10,08 \pm 1,91$; escala 0-32; corte 12); idade e escolaridade associadas à prontidão ($p < 0,05$); amostra maioritariamente feminina (83,8%) e de cônjuges (50%)	Documenta a despreparação inicial e os determinantes sociodemográficos da prontidão (Obj. 1)
Guan & Feng (2023)	China	Estudo transversal com modelação por equações estruturais	331 doentes submetidas a histerectomia	Correlacionar qualidade do ensino de alta, prontidão e desfechos de saúde	Qualidade do ensino com efeito total de 0,70 na prontidão; efeito de 0,58 nos desfechos (direto 0,24; indireto 0,34), mediado pela prontidão; dimensão dos conteúdos obtidos foi a mais baixa	Quantifica que a qualidade pedagógica prediz a capacitação (Obj. 1 e 3)
Hagedoorn et al. (2020)	Países Baixos	Estudo transversal	281 cuidadores de idosos com idade ≥ 70 anos	Avaliar a associação entre a colaboração com os enfermeiros e a preparação para	Preparação média de 53,1/100 face a uma colaboração percebida de 67,5/100; associação significativa entre ambas; escolaridade e	Mostra que a inclusão precoce alavanca a prontidão e o peso da literacia (Obj. 1, 3 e 4)

				cuidar	experiência profissional em saúde (24%) como preditores de prontidão	
Hagedoorn et al. (2021)	Países Baixos	Estudo transversal	302 cuidadores de idosos com idade ≥ 70 anos	Avaliar o nível percebido de colaboração com os enfermeiros (<i>Family Collaboration Scale</i>)	Confiança (75,4) e Acessibilidade (73,5) elevadas, mas Influência nas decisões a mais baixa (58,8); apenas 19% influencia decisões; maior frequência de contacto associa-se a maior colaboração ($p \leq 0,001$)	Evidencia o défice de governação partilhada e de comunicação efetiva (Obj. 2 e 3)
Haverfield et al. (2024)	EUA	<i>Scoping review</i>	18 documentos sobre comunicação na alta (doentes com declínio cognitivo/demência)	Caracterizar a comunicação na alta entre enfermeiros e cuidadores	Comunicação estruturada em dois eixos (Apoio e Estrutura); 54% de insatisfação por falhas de comunicação; recomenda confirmar a compreensão partilhada das orientações	Sustenta a comunicação terapêutica estruturada (Obj. 2 e 4)
Hayajneh et al. (2020)	Jordânia (revisão internacional)	Revisão sistemática	9 estudos sobre conhecimento e prática dos enfermeiros no planeamento da alta	Sintetizar o conhecimento, a perceção e a prática dos enfermeiros	Défice de conhecimento sobre as necessidades pós-alta; dificuldade em definir o planeamento; perceção da alta como burocracia e responsabilidade médica	Identifica barreiras profissionais ao planeamento da alta (Obj. 2 e 4)
Lima et al. (2022)	Portugal	Qualitativo, fenomenológico	8 cuidadores informais	Compreender a experiência do cuidador na transição internamento-comunidade	Totalidade dos cuidadores não se sentia preparada; sentimentos de choque e medo; 6 em 8 com habitação não adaptada	Ancora o estudo ao contexto português e evidencia despreparação e barreiras estruturais (Obj. 1 e 4)
McEwan et al. (2025)	Reino Unido	Qualitativo / coprodução (<i>Normalization Process Theory</i>)	Cuidadores, doentes e profissionais (desenvolvimento de <i>toolkit</i>)	Coproduzir um <i>toolkit</i> de planeamento de alta personalizado	Cuidadores tratados como parceiros silenciosos, com bloqueio na participação cognitiva; propõe coprodução desde a admissão (guiões de conversação, cartas de acolhimento)	Fundamenta a coprodução e a inclusão ativa do cuidador (Obj. 2 e 3)

Paudel et al. (2024)	EUA	Ensaio clínico (Fam-FFC); análise de regressão	461 parceiros de cuidados de pessoas com demência hospitalizadas	Examinar a preparação do cuidador e os seus preditores	Idade ($b=-0,071$), sobrecarga ($b=-0,283$) e depressão ($b=-0,284$) associadas a menor preparação; prontidão aumenta da alta (23,75) aos 6 meses (26,35)	Identifica preditores de inaptidão e o carácter dinâmico da adaptação (Obj. 1 e 4)
Pereira et al. (2024)	Suíça	Artigo de perspectiva / análise crítica	Cuidadores informais de pessoas idosas em transição hospital-domicílio	Discutir lacunas na colaboração pré-alta e o papel das tecnologias de apoio	Intervenções que excluem o cuidador (ensaio suíço de Donzé, 1.386 doentes) falham na redução de readmissões a 30 dias; valoriza as <i>welfare technologies</i> e o <i>e-health</i> (Suécia, Dinamarca, Países Baixos)	Justifica a inclusão do cuidador e introduz as tecnologias como facilitador (Obj. 1, 3 e 4)
Pinto et al. (2024)	Brasil	Qualitativo exploratório (à luz da Teoria de Meleis)	14 cuidadoras de pessoas altamente dependentes (contexto neurológico)	Compreender o desenvolvimento da mestria do cuidador para a continuidade dos cuidados	Doze das catorze cuidadoras alcançaram mestria; a consciência e o envolvimento foram centrais; todas receberam treino no internamento e seguimento telefónico após a alta	Evidencia a mestria como desfecho da transição e operacionaliza Meleis (Obj. 3; Ponto 5)
Rayan-Gharra et al. (2025)	Israel	Estudo observacional com modelo de mediação paralela	443 doentes de medicina interna e respetivos cuidadores familiares	Examinar o papel do cuidador na preparação do doente para a alta	Efeito total do suporte pré-admissão ($B=5,10$) exercido por mediação do envolvimento do cuidador; literacia em saúde do cuidador como forte preditor ($B=6,67$; $p<0,001$)	Demonstra o valor do envolvimento do cuidador e da literacia (Obj. 1 e 3)
Rojas-Ocaña et al. (2021)	Espanha	Qualitativo (observação estruturada e triangulação)	192 observações de visitas domiciliárias de enfermagem	Determinar as intervenções educativas dos enfermeiros no domicílio e os fatores que as condicionam	Inibidores: fadiga, desgaste emocional, idade avançada e conflitos familiares; lacunas de formação dos profissionais (44,8% sem experiência em comunicação; 27,8% sem treino em entrevista clínica)	Caracteriza as intervenções educativas e as barreiras pessoais e formativas (Obj. 2 e 4)
Steiner et al. (2025)	Revisão (Europa)	Revisão sistemática	25 ECR; 17.542 idosos em transição hospital-domicílio	Avaliar a efetividade de intervenções nos desfechos clínicos e reportados pelo doente	Melhorias no estado funcional, humor e nutrição e redução de readmissões a curto prazo; efeitos diluem-se para além dos 6 meses	Aporta evidência macro da eficácia e dos seus limites temporais (Obj. 1, 3 e 4)

Topham et al. (2022)	EUA	Qualitativo (entrevistas; âmbito IDEAL)	Cuidadores de cônjuges submetidos a cirurgia ortopédica de trauma e a cirurgia de especialidade	Explorar a inclusão do cuidador no ensino de alta IDEAL	Cuidadores como ouvintes na linha lateral; lacunas práticas no domicílio; desejo de praticar a resolução de problemas e treino ativo	Fundamenta a necessidade de ensino ativo e participativo (Obj. 2 e 4)
----------------------	-----	---	---	---	--	---