



# REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 6, Nº 2

*Artigo original reportando investigação clínica ou básica*

DOI - 10.33194/rper.2023.339 | Identificador eletrónico – e339

*Data de receção: 09-06-2023; Data de aceitação: 09-11-2023; Data de publicação: 13-11-2023*

## A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC: UM ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

*THE INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE IN THE TRAINING OF THE INFORMAL  
CAREGIVER OF THE DEPENDENT ELDERLY PERSON DUE TO STROKE:*

*A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY*

*LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA REHABILITADORA EN LA FORMACIÓN DEL CUIDADOR  
INFORMAL DEL ANCIANO DEPENDIENTE POR ICTUS: UN ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL*

Ana Sofia Maciel dos Santos<sup>1</sup> ; Maria José Fonseca<sup>2</sup> 

Jacinta Gomes<sup>1</sup> ; Salete Soares<sup>2</sup> ; Carla Ribeiro<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> *Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal*

<sup>2</sup> *UICISA:E; Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal*

**Autor Correspondente:** Ana Sofia Maciel dos Santos, [anasmsantos@hotmail.com](mailto:anasmsantos@hotmail.com)

**Como Citar:** Maciel dos Santos AS, Fonseca MJ, Gomes J, Soares S, Ribeiro C. A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal do Idoso Dependente por AVC: um estudo quase-experimental. Rev Port Enf Reab [Internet]. 13 de Novembro de 2023 [citado 23 de Novembro de 2023];6(2):e339. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/339>

### FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

[www.rper.pt](http://www.rper.pt)

### PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

[www.aper.pt](http://www.aper.pt)

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.  
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2023 Revista Portuguesa de  
Enfermagem de Reabilitação

## RESUMO

**Introdução:** Os cuidadores informais da pessoa com acidente vascular cerebral deparam-se com dificuldades no regresso ao domicílio, nomeadamente na aquisição de competências para o seu desempenho. Este estudo objetiva: avaliar os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação dos cuidadores informais no autocuidado do idoso dependente por acidente vascular cerebral, no domicílio.

**Metodologia:** Estudo quase-experimental. Amostra constituída por cuidadores informais (n=15) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade do norte de Portugal (amostragem não probabilística por conveniência). A capacidade do cuidador para os autocuidados: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despír foram as variáveis avaliadas antes e após a implementação do programa, que contemplou seis contactos baseados no ensino, instrução e treino de competências. Instrumentos de recolha de dados utilizados: Formulário de Caracterização do Cuidador Informal e Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por Acidente Vascular Cerebral.

**Resultados:** A maioria dos cuidadores da amostra são mulheres e têm em média 59,9 anos ( $\pm 8,86$ ). Em todas as áreas de autocuidado houve melhoria da sua capacidade após a intervenção, sendo mais significativa naquelas que inicialmente apresentaram maior dificuldade: vestir/despír, transferir, posicionar. Existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos.

**Conclusão:** O programa de enfermagem de reabilitação influenciou favoravelmente a capacitação dos cuidadores informais para o autocuidado do idoso dependente por acidente vascular cerebral, no domicílio. Esta investigação oferece suporte às equipas de saúde para uma prática clínica significativa para as populações, corroborando o papel fundamental da intervenção individualizada do enfermeiro de reabilitação.

**Descritores:** Cuidadores; Acidente Vascular Cerebral; Idoso; Autocuidado; Enfermagem em Reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Informal caregivers of people with a stroke face difficulties in returning home, namely in acquiring skills for their performance. This study aims to: evaluate the effects of a rehabilitation nursing program on the empowerment of informal caregivers for the self-care of dependent elderly persons due to stroke at home.

**Methodology:** Quasi-experimental study. Sample made up of informal caregivers (n=15) from a Community Care Unit in the Northern Portugal (non-probability convenience sampling). The caregiver's capacity for self-care: taking care of personal hygiene, transferring, positioning, providing technical aids, using the toilet, feeding/hydrating and dressing/undressing were the variables evaluated before and after the implementation of the intervention program, which included six contacts based on teaching, instruction and skills training. Data collection instruments used: Informal Caregiver Characterization Form and Skills Scale of Informal Caregivers of Dependent Older People Post-stroke.

**Results:** Most of the caregivers in the sample are women with an average age of 59.9 years ( $\pm 8.86$ ). In all areas of self-care, there was an improvement in their capacity after the intervention, being more significant in those that initially presented greater difficulty: dressing/undressing, transferring and positioning. There were statistically significant differences between the two moments.

**Conclusion:** The rehabilitation nursing program favorably influenced the empowerment of informal caregivers for the self-care of dependent elderly persons due to stroke at home. This research supports health teams in meaningful clinical practice for populations, corroborating the fundamental role of the rehabilitation nurse's individualized intervention.

**Descriptors:** Caregivers; Stroke; Elderly; Self-Care; Rehabilitation Nursing.

## RESUMEN

**Introducción:** Los cuidadores informales de personas con ictus enfrentan dificultades en el regreso a casa, principalmente en la adquisición de habilidades para su desempeño. Objetivo del estudio: evaluar los efectos de un programa de enfermería de rehabilitación en el empoderamiento de cuidadores informales para el autocuidado de ancianos dependientes por ictus en casa.

**Metodología:** Estudio cuasiexperimental. Muestra: cuidadores informales ( $n=15$ ) de una Unidad Comunitaria del norte de Portugal (muestra no probabilístico por conveniencia). La capacidad de autocuidado del cuidador: cuidar el aseo personal, trasladarse, posicionarse, brindar ayudas técnicas, usar el baño, alimentarse/hidratarse, vestirse/desvestirse fueron las variables evaluadas antes y después de la implementación de la intervención, que incluyó seis contactos, basados en la enseñanza, instrucción y formación de habilidades. Instrumentos de recolección de datos: Ficha de Caracterización del Cuidador Informal y Escala de Capacidades de los Cuidadores Informales de Ancianos Dependientes por Ictus.

**Resultados:** La mayoría de los cuidadores de la muestra son mujeres con edad media de 59,9 años ( $\pm 8,86$ ). En todas las áreas del autocuidado hubo una mejora en su capacidad tras la intervención, siendo más significativa en aquellas que inicialmente presentaban mayor dificultad: vestirse/desvestirse, trasladarse, posicionarse. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos momentos.

**Conclusión:** El programa de enfermería de rehabilitación influyó favorablemente el empoderamiento de cuidadores informales para el autocuidado de ancianos dependientes por ictus en casa. Esta investigación apoya a los equipos de salud en una práctica clínica significativa para las poblaciones, corroborando la importancia de la intervención individualizada de las enfermeras de rehabilitación.

**Descriptor:** Cuidadores; Accidente Cerebrovascular; Anciano; Autocuidado; Enfermería en Rehabilitación.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento e aumento da população, associado ao progresso da ciência e das tecnologias, conduziu à existência de maior cronicidade e incapacidade na saúde/doença<sup>(1)</sup>. O número de pessoas com 60 anos ou mais aumentará de 900 milhões para 2 bilhões entre 2015 e 2050<sup>(2)</sup>. Esta tendência crescente para a longevidade não é acompanhada pela vivência destes anos com saúde<sup>(1)</sup>.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das patologias que mais contribuiu, mundialmente, para anos de vida saudáveis perdidos<sup>(1)</sup>. Este afeta sobretudo a população idosa<sup>(2)</sup> e é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal<sup>(3)</sup>, sendo que 40% dos sobreviventes apresentam incapacidade moderada a grave, necessitando de acompanhamento específico<sup>(4)</sup>.

Na Europa, 80% dos cuidados de longa duração são prestados por cuidadores informais (CI), sendo que o seu papel pode influenciar várias dimensões da saúde: individuais e sociais<sup>(5)</sup>. Em Portugal, o valor do trabalho realizado pelos CI atinge quase 4 mil milhões de euros/ano<sup>(5)</sup>. Estes deparam-se com dificuldades no regresso ao domicílio, com necessidade de informação e suporte na aquisição de competências que os capacitem para o seu desempenho<sup>(6-8)</sup>. A participação da família e a reintegração social e comunitária tornam-se uma prioridade<sup>(9)</sup>, sobretudo numa perspetiva de capacitação dos CI: “pessoa que fornece cuidados não remunerados a alguém com doença crónica, incapacidade ou outra necessidade de saúde ou cuidado de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal”<sup>(5)</sup>.

A capacitação pode ser definida como um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação, sendo um indicador sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação<sup>(10)</sup>. No âmbito da intervenção junto do CI, a par do apoio emocional, o ensino e treino de competências sobre autocuidado básico e dispositivos de apoio são áreas educativas fundamentais, bem como orientação sobre os serviços de saúde e sobre a doença<sup>(6-7,11-16)</sup>. Santos et al.<sup>(13)</sup> construíram e validaram um protocolo educativo de enfermagem para CI de idosos após AVC, com orientações sobre: alimentação; via aérea; medicação; higiene; cuidados com a pele; eliminação; vestir/despir; posicionamento e transferência; prevenção de quedas; suporte emocional. Um programa educacional dirigido aos CI de sobreviventes de AVC, desenvolvido por Day et al.<sup>(15)</sup>, com duração de 1 mês (3 visitas domiciliárias), contemplou: orientação sobre serviços de saúde; ensino sobre autocuidado, medicação e outros dispositivos; orientação sobre causas/consequências do AVC; apoio emocional; disponibilização de material educacional, recomendando que os profissionais devem considerar o conhecimento prévio dos CI, experiências e recursos financeiros. Também Sequeira<sup>(8)</sup>, na linha dos estudos anteriores, sugere a elaboração de programas formais para dotar os CI que privilegiem numa primeira fase a informação (doença, dependência, tipo de cuidados); numa segunda fase o apoio instrumental (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados) e numa terceira fase a disponibilização de apoio em termos de suporte emocional e psicológico. Krieger, Feron e Dorant<sup>(16)</sup> também desenvolveram um programa de apoio aos CI de sobreviventes de AVC realçando a importância do conteúdo ser adaptado às necessidades individuais, do suporte a longo prazo e do programa ser feito por um profissional especializado e treinado na área, o que nos remete para a importância do EEER. Martins e Santos<sup>(17)</sup> apontam como principais necessidades dos CI as relacionadas com os domínios do autocuidado: higiene pessoal, vestir/despir, alimentação, eliminação e mobilidade.

A evidência também tem demonstrado que os programas educacionais baseados na aquisição de capacidades dos CI do idoso dependente por AVC contribuem para diminuir o comprometimento cognitivo, ansiedade e depressão do sobrevivente de AVC<sup>(18)</sup>, para a redução dos custos em saúde<sup>(6,15)</sup>, a melhoria funcional do sobrevivente<sup>(6)</sup>, a redução da sobrecarga dos CI<sup>(12,15,18-20)</sup>, a satisfação no papel de CI<sup>(15,19)</sup>, a melhoria das capacidades práticas dos CI<sup>(20)</sup> e ainda a melhoria da sua qualidade de vida<sup>(15,21)</sup>. As necessidades dos CI e a sua capacitação dependem do fator tempo, sendo mais eficaz quanto mais cedo se iniciar, não descurando, no entanto, o acompanhamento de follow-up ao longo do tempo<sup>(12,16)</sup>. O ambiente domiciliar, boa comunicação e a implementação de estratégias adaptativas no domicílio influenciam de forma positiva a reabilitação<sup>(6,12)</sup>. Também a teleassistência se tem revelado uma mais valia neste âmbito<sup>(12)</sup>.

Em Portugal são escassos os estudos que demonstram a pertinência e conteúdos destes programas, particularmente os que avaliam as capacidades/capacitação do CI para assistir no autocuidado com recurso a instrumentos de medida específicos<sup>(11,20,22)</sup>. Araújo [et al.]<sup>(20)</sup> avaliaram a eficácia do programa *InCare* na capacitação e sobrecarga dos CI de idosos dependentes por AVC, cujos resultados forjam a relevância da intervenção precoce e estruturada neste âmbito. Os mesmos autores desenvolveram a Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC (ECPICID-AVC)<sup>(23)</sup>, revelando ser uma ferramenta fiável e inovadora de apoio à avaliação das necessidades e capacidades dos CI para o autocuidado de idosos dependentes por AVC. Esta escala ganhou dimensões internacionais tendo sido adaptada e validada para a população brasileira e servido de instrumento de avaliação num estudo realizado nesse país a 190 CI, cujos resultados revelaram que a transferência e posicionamento foram as atividades que os CI apresentaram mais dificuldade devido à falta de orientação quanto à postura adequada para realizar essas tarefas<sup>(11)</sup>. A relevância destes resultados aumenta pelo facto do uso dos princípios da mecânica corporal pelo CI ser pouco trabalhado, quando a maioria dos CI, associado ao desgaste emocional, apresenta dores osteoarticulares, sendo a coluna lombar o segmento corporal mais afetado<sup>(24-25)</sup>.

Perece uma prática consensual e implementada destes programas<sup>(7,11)</sup>, com destaque para o papel da enfermagem de reabilitação. A implementação de programas de capacitação do cuidador da pessoa com AVC é uma meta a atingir para uma prática de excelência e uma linha de ação para as políticas promotoras de ganhos em saúde. O enfermeiro especialista em reabilitação (EEER), no âmbito das suas competências, tem aqui um papel preponderante no seio da equipa multidisciplinar, na medida em que este intervém na educação das pessoas e seus familiares, avaliando e diagnosticando limitações da atividade, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, desde o agudo à reintegração na comunidade, visando a qualidade de vida, a reintegração e a participação da pessoa/família na sociedade<sup>(26)</sup>.

Assim, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de: avaliar os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despir.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quase-experimental de grupo único<sup>(27)</sup>.

O estudo decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região norte de Portugal, no período de dezembro 2021 a janeiro 2022. A população do estudo corresponde aos CI que cuidam de idosos dependentes por AVC, em domicílio. Amostra selecionada pelo método de amostragem não probabilística por conveniência<sup>(28)</sup>, sendo constituída por 15 participantes (n=15). Os critérios de inclusão foram: ser CI de uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, dependente em pelo menos uma atividade do autocuidado, após primeiro evento de AVC ocorrido nos últimos 3 anos; ser maior de 18 anos; não apresentar défices cognitivos.

Foram formuladas as seguintes hipóteses estatísticas (H): O programa de enfermagem de reabilitação influencia a capacitação do CI para: H1 – assistir na higiene pessoal do idoso dependente por AVC no domicílio; H2 – assistir na transferência do idoso dependente por AVC no domicílio; H3 – assistir no posicionamento do idoso dependente por AVC no domicílio; H4 – providenciar ajudas técnicas ao idoso dependente por AVC no domicílio; H5 – assistir no uso do sanitário o idoso dependente por AVC no domicílio; H6 – alimentar/hidratar o idoso dependente por AVC no domicílio; H7 – providenciar ajudas técnicas para vestir/despir o idoso dependente por AVC no domicílio. Assim, a capacidade do CI para os autocuidados: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, usar o sanitário, alimentar/hidratar e vestir/despir foram as variáveis avaliadas antes e após a implementação do programa.

Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados: o Formulário de Caracterização do CI e a Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC (ECPICID-AVC)<sup>(23)</sup>. O Formulário de Caracterização do CI foi criado para o estudo, com a finalidade recolher dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. A ECPICID-AVC é a primeira escala existente em Portugal para avaliar as diferentes capacidades dos CI para assistir no autocuidado de idosos dependentes por AVC<sup>(11,23)</sup>. Apresenta 32 itens avaliados de 1 a 4 pontos (1=nada bem preparado; 2=razoavelmente bem preparado; 3=preparado; 4=muito bem preparado) e apresenta 8 fatores: (1) capacidade para alimentar/hidratar por sonda; (2) capacidade para assistir na higiene pessoal; (3) capacidade para assistir na transferência; (4) capacidade para assistir no posicionamento, (5) capacidade para providenciar ajudas técnicas; (6) capacidade para assistir no uso do sanitário; (7) capacidade para alimentar/hidratar; (8) capacidade para providenciar ajudas técnicas para vestir/despir<sup>(23)</sup>. Importa adiantar que a área de autocuidado alimentar/hidratar por sonda não foi abordada neste estudo pois a amostra não contemplava CI de idosos cuja alimentação/hidratação fosse realizada por sonda.

Os participantes do estudo foram recrutados pela obtenção de uma lista de todas as pessoas afetadas à UCC, com diagnóstico de AVC nos últimos 3 anos, em registo clínico informático. Depois iniciou-se a seriação pela avaliação dos critérios de inclusão. Estes só participaram no estudo após concordância voluntária, com validação através da assinatura da declaração de consentimento informado, livre e esclarecido. Para além do consentimento informado, outros princípios também foram estimados, nomeadamente o princípio da beneficência, não-maleficência e autonomia, sendo que os sujeitos podiam abandonar o estudo a qualquer

momento. Os dados foram codificados e tratados de forma a que seja impossível identificar os participantes. Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) representativa do local de realização do estudo: Parecer nº 71/2021. Além disso, foi solicitada autorização de utilização da ECPICID-AVC no presente estudo, aos autores, que obteve parecer favorável.

Na primeira visita domiciliar foi aplicado o Formulário de Caracterização do CI, bem como, a ECPICID-AVC, através do questionamento e observação dos cuidados prestados. Ao longo das seis semanas seguintes (dezembro 2021 e janeiro de 2022) foi concretizado o programa de intervenção, que contemplou seis contactos (cinco presenciais e um via telefónica), através sessões individuais realizadas no domicílio dos CI, à exceção da quinta sessão, que foi realizada em grupo, na UCC. Assim, a diferença temporal entre o primeiro e último contacto com cada CI foi de 6 semanas.

Foi elaborado um plano de ação para as diferentes sessões tendo o programa sido implementado por um único investigador (EEER), o que minimizou a possibilidade de enviesamento do mesmo. O mesmo foi baseado na revisão da literatura, incluiu o ensino sobre AVC e o processo de reabilitação; o ensino, instrução e treino do CI sobre autocuidado (alimentar-se, higiene pessoal, usar sanitário, vestir-se/despir-se, transferir-se, posicionar-se) de acordo com: o grau de compromisso e o potencial para melhorar conhecimento e capacidade do CI sobre o uso de técnica de adaptação no autocuidado e dispositivo de apoio; o incentivo da partilha de dificuldades e sentimentos; a orientação para recursos na comunidade; e uma sessão de formação, em grupo, na UCC, sobre o tema: Mecânica Corporal na Mobilização da Pessoa Dependente. Na sexta sessão foi realizada a avaliação final no domicílio, com recurso à ECPICID-AVC.

Análise estatística (descritiva/inferencial) foi realizada com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 28.0. A validade interna da ECPICID-AVC neste estudo foi mensurada através do alfa de Cronbach (0,918) indicando elevada confiabilidade<sup>(28)</sup>. O nível de significância (sig. ou p-value) admitido em todas as situações foi  $p < 0,05$ , o que significa um intervalo de confiança de 95%. Para identificar o tipo de teste a ser utilizado no tratamento das hipóteses foi feita a avaliação da distribuição dos dados: tratando-se de comparar médias populacionais de amostras emparelhadas em relação a variáveis ordinais, foi utilizado o teste de t-student ou teste de wilcoxon, consoante a normalidade ou não da distribuição. Nas áreas em que se verifica normalidade de distribuição aplicou-se o teste paramétrico, desde que assegurados todos os pressupostos para o mesmo<sup>(28)</sup>: variável intervalar ou de razão (que se verifica) e homogeneidade de variância. A estatística de teste utilizada para testar a homogeneidade de variância foi o teste t-student.

## RESULTADOS

### CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os CI da amostra deste estudo têm em média 59,9 anos ( $\pm 8,86$ ) e a maioria são do género feminino (73,3%), casados (73,3%), reformados (46,7%), têm o 1º ciclo como habilitação literária (53,3%), com rendimento mensal entre 500 a 1000€ (53,3%), vivem com o familiar dependente (73,3%) e são filhos(as) dos mesmos (46,7%). Estes CI despendem, em média, 4,9 horas/dia a cuidar do familiar dependente e cuidam do mesmo, em média, há 3,5 anos ( $\pm 5,01$ ). Apesar do AVC do idoso cuidado ter ocorrido no máximo há 3 anos, em alguns casos os CI já cuidavam do idoso há mais tempo pela existência de outras patologias prévias. A maioria dispõe da ajuda de outro cuidador (66,7%), sendo que, destes, a relação parental mais frequente (metade dos casos) é ser também filho(a) do idoso dependente. A maioria dos CI deste estudo não possuiu estatuto de CI (80%); cuida apenas de uma pessoa de forma informal (73,3%); e foram-lhes efetuados ensinamentos antes da alta para domicílio (53,3%), sendo a Unidade de Cuidados Continuados Integrados o local mais vezes referido (62,5%). Quando aos aspetos clínicos, a maioria (66,7%) não considera que o seu estado de saúde se tenha agravado desde que cuida do idoso, ainda que manifestem dor musculoesquelética associada à prestação de cuidados, com maior incidência na região lombar: 73,3% afirma ter dor nesta região, com valor médio na escala numérica de dor (END) de 5,3 ( $\pm 3,92$ ); segue-se a região dos punhos/mãos (60% dos casos, com valor médio de 4,5 ( $\pm 4,02$ ) na END); pescoço (igualmente com 60% e valor médio de 3,8 ( $\pm 3,74$ ) na END); ombros (53,3% dos casos e valor médio de 3,7 ( $\pm 4,03$ ) na END); ancas/coxas (com 40% e valor médio de 2,7 ( $\pm 3,42$ ) na END); joelhos (referidos por 33,3% dos CI e valor médio de 1,8 ( $\pm 2,68$ ) na END); tornozelos/pés (26,7% dos casos e valor médio de 1,7 ( $\pm 3,18$ ) na END); cotovelos (com 20% e valor médio de 1,7 ( $\pm 3,46$ ) na END); e finalmente a região torácica (13,3% dos casos e com valor médio de 0,8 ( $\pm 2,15$ ) na END). Assim, a região lombar é a região mais afetada, seja pela frequência de queixas, seja pela intensidade.

### CAPACIDADE DO CI PARA O AUTOCUIDADO DO IDOSO DEPENDENTE POR AVC

No que diz respeito à capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, de acordo com os itens ECPICID-AVC (tabela 1), os dados revelam que, na avaliação inicial, os itens menos pontuados foram “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” ( $1,33 \pm 0,71$ ) e “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” ( $1,60 \pm 0,83$ ). Verifica-se que o “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a higiene pessoal” foi o item menos pontuado ( $3,33 \pm 0,72$ ) na capacidade do CI para assistir na higiene pessoal (fator 2 da ECPICID-AVC); “providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o vestir” foi o menos pontuado ( $3,0 \pm 1,00$ ) na capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas (fator 5); quanto ao assistir no uso do sanitário (fator 6) verificou-se que na avaliação inicial os CI apresentavam já valores máximos de capacidade e que se mantiveram na avaliação final; “vigia a deglutição” foi o item menos pontuado ( $3,53 \pm 0,74$ ) no que respeita à capacidade do CI para alimentar/hidratar (fator 7); na capacidade do CI para providenciar ajudas técnicas no vestir/despirmo (fator 8) constata-se que, na avaliação inicial, os itens apresentam, em média, alguns dos valores mais baixos de pontuação ( $2,79 \pm 0,89$ ). Após a intervenção, verifica-se melhoria em todos os itens da ECPICID-AVC.

**Tabela 1. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os itens da ECPCID-AVC (n=15). UCC do Norte de Portugal, 2021-2022.**

FATOR	Item da ECPCID-AVC	Score Avaliação Inicial		Score Avaliação Final	
		x ( $\sigma$ )	Mín.-Máx.	x ( $\sigma$ )	Mín.-Máx.
7	Prepara a refeição de acordo com a dieta prescrita	3,60 ( $\pm 0,74$ )	2 - 4	3,93 ( $\pm 0,26$ )	3 - 4
5	Coloca os alimentos no prato do lado em que o idoso apresenta menor dependência	3,75 ( $\pm 0,62$ )	2 - 4	3,92 ( $\pm 0,29$ )	3 - 4
7	Monitoriza a ingestão de alimentos	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a alimentação	3,42 ( $\pm 0,99$ )	1 - 4	3,92 ( $\pm 0,29$ )	3 - 4
7	Vigia a deglutição	3,53 ( $\pm 0,74$ )	2 - 4	3,93 ( $\pm 0,26$ )	3 - 4
2	Providencia o material de higiene	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
2	Assiste no banho	3,87 ( $\pm 0,35$ )	3 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
2	Assiste na higiene oral	3,85 ( $\pm 0,56$ )	2 - 4	3,92 ( $\pm 0,28$ )	3 - 4
2	Mantém um aspeto cuidado	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
2	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar a higiene pessoal	3,33 ( $\pm 0,72$ )	2 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
6	Providencia a privacidade durante o uso do sanitário	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
6	Assiste na higiene íntima após o uso do sanitário	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
6	Providencia ajudas técnicas necessárias para o uso do sanitário	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o vestir	3,0 ( $\pm 1,00$ )	1 - 4	3,73 ( $\pm 0,47$ )	3 - 4
5	Providencia ajudas técnicas necessárias para facilitar o despir	3,09 ( $\pm 1,04$ )	1 - 4	3,73 ( $\pm 0,47$ )	3 - 4
8	Assiste a pessoa a vestir-se	2,79 ( $\pm 0,89$ )	2 - 4	3,93 ( $\pm 0,27$ )	3 - 4
8	Assiste a pessoa a despir-se	2,79 ( $\pm 0,89$ )	2 - 4	3,93 ( $\pm 0,27$ )	3 - 4

FATOR	Item da ECPICID-AVC	Score Avaliação Inicial		Score Avaliação Final	
		x ( $\sigma$ )	Mín.-Máx.	x ( $\sigma$ )	Mín.-Máx.
3	Avalia a capacidade da pessoa para se transferir	3,60 ( $\pm 0,51$ )	3 - 4	4,0 ( $\pm 0,0$ )	4 - 4
3	Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência	1,60 ( $\pm 0,83$ )	1 - 3	3,40 ( $\pm 0,51$ )	3 - 4
3	Explica à pessoa a técnica de transferência	2,60 ( $\pm 1,12$ )	1 - 4	3,87 ( $\pm 0,35$ )	3 - 4
3	Providencia ajudas técnicas de transferências	3,58 ( $\pm 0,52$ )	3 - 4	3,75 ( $\pm 0,45$ )	3 - 4
3	Assiste na transferência	3,67 ( $\pm 0,62$ )	2 - 4	3,93 ( $\pm 0,26$ )	3 - 4
4	Adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento	1,33 ( $\pm 0,71$ )	1 - 3	3,22 ( $\pm 0,44$ )	3 - 4
4	Posiciona em todos os decúbitos	2,56 ( $\pm 1,24$ )	1 - 4	3,56 ( $\pm 0,53$ )	3 - 4
4	Providencia ajudas técnicas de posicionamento	2,33 ( $\pm 1,12$ )	1 - 4	3,56 ( $\pm 0,73$ )	2 - 4
4	Avalia a necessidade de alternar o posicionamento	3,47 ( $\pm 0,83$ )	2 - 4	3,87 ( $\pm 0,35$ )	3 - 4

x = média;  $\sigma$  = desvio padrão; †Mín. = mínimo; § Máx. = máximo

Se agrupados os itens por áreas de autocuidados/fatores da ECPICID-AVC (tabela 2), os dados revelam que a menor pontuação média inicial de capacidade do CI diz respeito ao assistir no vestir/despir ( $2,79 \pm 0,89$ ), seguindo-se o transferir ( $2,97 \pm 0,56$ ), posicionar ( $3,00 \pm 0,97$ ) e providenciar ajudas técnicas ( $3,27 \pm 0,71$ ); por outro lado, as áreas dos autocuidados com valores iniciais médios superiores de capacidade do CI foram o assistir no uso do sanitário ( $4,0 \pm 0,0$ ), cuidar da higiene pessoal ( $3,80 \pm 0,24$ ) e alimentar/hidratar ( $3,71 \pm 0,47$ ). Após intervenção, verificou-se melhoria na pontuação média em todas as áreas de autocuidado da escala, à exceção daqueles que já obtinham pontuação máxima na primeira avaliação, sendo que houve um aumento médio de capacidade superior naquelas que inicialmente apresentaram menor pontuação.

**Tabela 2. Capacidade do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC antes e após aplicação do programa de intervenção de acordo com os fatores da ECPCID-AVC (n=15). UCC do Norte de Portugal, 2021-2022.**

Fator da ECPCID-AVC	Score Avaliação Inicial		Score Avaliação Final	
	x (σ)	Mín.-Máx.	x (σ)	Mín.-Máx.
Capacidade para assistir na higiene pessoal	3,80 (±0,24)	3,2 - 4	3,93 (±0,26)	3,8 - 4
Capacidade para assistir na transferência	2,97 (±0,56)	1,8 - 3,8	3,79 (±0,19)	3,4 - 4
Capacidade para assistir no posicionamento	3,00 (±0,97)	1,5 - 4	3,71 (±0,31)	3 - 4
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	3,27 (±0,71)	2 - 4	3,79 (±0,33)	3 - 4
Capacidade para assistir no uso do sanitário	4,00 (±0,00)	4 - 4	4,00 (±0,00)	4 - 4
Capacidade para alimentar/hidratar	3,71 (±0,47)	2,7 - 4	3,95 (±0,17)	3,3 - 4
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	2,79 (±0,89)	2 - 4	3,93 (±0,27)	3 - 4

x = média; †σ = desvio padrão; ‡Mín. = mínimo; § Máx. = máximo

## TESTE DE HIPÓTESES

A capacidade do CI para assistir no uso do sanitário não fez parte do teste de hipóteses, pois na avaliação inicial todos os CI obtiveram a pontuação máxima na ECPCID-AVC, que mantiveram na avaliação final. Também, como já referido, a capacidade do CI para alimentar/hidratar por sonda não foi abordada neste estudo pelas características da amostra. Não obstante a ECPCID-AVC ser constituída por 32 itens e 8 fatores, neste estudo, após o primeiro momento de avaliação, foram operacionalizados apenas 26 itens e 7 fatores.

Atendendo ao tamanho da amostra do estudo (n<30), para testar a normalidade ou não da distribuição foi aplicado o teste de shapiro-wilk<sup>(28)</sup> (tabela 3).

**Tabela 3. Teste de Shapiro-Wilk à normalidade de distribuição dos itens da ECPCID-AVC de acordo com os fatores que a compõem (n=15). UCC do Norte de Portugal, 2021-2022.**

Fator da ECPCID-AVC	Estatística		Graus de liberdade		Sig.	
	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Capacidade para assistir na higiene pessoal	0,812	0,284	15	15	0,005	<0,001
Capacidade para assistir na transferência	0,954	0,879	15	15	0,583	0,045
Capacidade para assistir no posicionamento	0,851	0,845	15	15	0,018	0,015
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	0,885	0,674	12	12	0,100	<0,001
Capacidade para alimentar/hidratar	0,670	0,284	15	15	<0,001	<0,001
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	0,750	0,297	14	14	0,001	<0,001

\*sig. = significância

Não se verificou normalidade de distribuição da amostra no que respeita à capacidade do CI para assistir na higiene pessoal ( $p < 0,001$ ), assistir no posicionamento ( $p = 0,015$ ), providenciar ajudas técnicas ( $p < 0,001$ ), alimentar/hidratar ( $p < 0,001$ ) e providenciar ajudas técnicas no vestir/despir ( $p < 0,001$ ), pelo que se assume o recurso ao teste não paramétrico: o teste de Wilcoxon.

Após a aplicação deste teste (tabela 4), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), permitindo constatar que o programa de reabilitação influenciou a capacitação do CI no autocuidado ao idoso dependente por AVC, no domicílio, no que respeita à higiene pessoal, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despir.

**Tabela 4. Teste de Wilcoxon à variável Capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC (n=15). UCC do Norte de Portugal, 2021-2022.**

Fator da ECPICID-AVC	t	Sig.
Capacidade para assistir na higiene pessoal	-2,536	0,011
Capacidade para assistir no posicionamento	-2,677	0,007
Capacidade para providenciar ajudas técnicas	-2,678	0,007
Capacidade para alimentar/hidratar	-2,041	0,041
Capacidade para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir	-2,889	0,004

\*t = teste; †Sig. = significância

Quanto à capacidade do CI para assistir na transferência, após se ter assumido normalidade de distribuição ( $p = 0,45$ ), optou-se pela aplicação de um teste paramétrico, tendo em conta que no teste à homogeneidade de variância para amostras emparelhadas, verificou-se a existência de correlação (-7,229) significativa (0,002) entre os dois momentos. Assim, na realização de teste paramétrico t-student para amostras emparelhadas, verificou-se que, relativamente à capacidade do CI para assistir na transferência, o valor de p ( $< 0,001$ ) é inferior a 0,05, pelo que existe diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos. Assim, é possível confirmar que o programa de reabilitação influenciou a capacitação do CI no autocuidado ao idoso dependente por AVC, no domicílio, no que respeita à transferência.

Foram, portanto, confirmadas as hipóteses de investigação: H1, H2, H3, H4, H6 e H7. Quanto a H5, atendendo que os valores iniciais e finais se mantiveram no mesmo nível (valor máximo), não se verificou qualquer alteração com a intervenção.

## DISCUSSÃO

Quanto à caracterização dos CI, a maioria dos dados sociodemográficos vão de encontro aos dados de vários estudos, nacionais e internacionais: a maioria dos CI são mulheres, com médias de idade na casa dos 50 anos e casadas<sup>(7,11-12,14,20-21,24,29)</sup>, têm baixas habilitações literárias<sup>(11,20,24)</sup>, têm rendimento mensal entre 500 a 1000€ (ou próximo do salário mínimo nacional) e vivem com o familiar dependente<sup>(11,14,20,24)</sup>. No que respeita à relação de parentesco com a pessoa cuidada, enquanto que nalguns estudos, a maioria dos CI são filhos(as)<sup>(11,20,24)</sup>, noutros a situação mais frequente é a de cônjuge<sup>(7,12,14)</sup>. Também em relação à situação profissional os dados são díspares: em consonância com este estudo, a situação de reforma

é a mais frequente<sup>(21,24)</sup>, noutros é a situação de empregado<sup>(29)</sup> e ainda desempregado<sup>(20)</sup>. Os dados também apontam que esta característica varia consoante a idade – se os CI são mais velhos predomina a situação de reformado, se são de mais novos ou meia-idade predomina a situação de empregado.

Relativamente aos cuidados prestados pelos CI, também no estudo de Araújo et al.<sup>(20)</sup> e de Da Silva et al.<sup>(14)</sup> a maioria cuidava menos de 6 horas/dia, enquanto que Predebon et al.<sup>(11)</sup> falam em tempo de cuidado superior: aproximadamente 143 horas/semana. No que diz respeito ao tempo como CI, os resultados deste estudo vão de encontro à situação encontrada por Matos e Araújo<sup>(24)</sup>, diferindo de outros estudos nacionais e internacionais<sup>(11,20)</sup>, que falam em tempos inferiores. Este aspeto pode ser influenciado pelos critérios de elegibilidade dos CI para os respetivos estudos. No que concerne à existência de outro cuidador, os estudos são consonantes quanto ao facto da maioria dos CI dispor da ajuda de outro cuidador, sendo este, na generalidade, também um familiar do mesmo<sup>(11,20,24)</sup>. Quanto ao requerimento do estatuto de CI e ao número de pessoas cuidadas, os dados deste estudo corroboram os do inquérito nacional do “Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais”<sup>(29)</sup>, pois a maioria dos CI ainda não tinham ainda requerido o referido estatuto e cuidam de uma pessoa de forma informal. O facto da maioria dos CI da amostra ter recebido ensinos antes da alta para domicílio mas manter necessidade de formação específica em algum aspeto do cuidar, foi também manifestado no inquérito nacional referido<sup>(29)</sup> e corroborado por diversos autores<sup>(6-7,20)</sup>.

Em relação aos aspetos clínicos, a maioria dos CI não considera que o seu estado de saúde se tenha agravado, ao contrário do admitido no estudo de Matos e Araújo<sup>(24)</sup>, ainda que manifestem dor musculoesquelética associada à prestação de cuidados, com maior incidência e intensidade de dor na região lombar, desta vez de acordo com os dados relevados por Matos e Araújo<sup>(24)</sup> e Saikai et al.<sup>(25)</sup>.

Quanto à capacitação dos CI de idosos dependentes por AVC, particularizando por área de autocuidado, verificou-se que, em relação à capacidade para assistir na higiene pessoal, esta foi uma das áreas em que os CI apresentaram pontuações médias mais elevadas, logo na avaliação inicial. Esta boa preparação dos CI na área da higiene pessoal é corroborada pelo estudo de Predebon et al.<sup>(11)</sup>, realizado a 190 CI de idosos dependentes por AVC no Brasil, bem como, por Wu<sup>(30)</sup> que afirma que 60 a 75% dos CI demonstra competências práticas neste domínio, desempenhando corretamente as atividades deste autocuidado. Não obstante, neste âmbito, é uma das áreas de autocuidado mais frequentemente apontada como central na educação dos CI, como apontam outros estudos<sup>(6-7,14,17,22,30)</sup>. No presente estudo, o providenciar produtos de apoio para facilitar a higiene pessoal e o incentivo da autonomia do idoso são as intervenções mais frequentes neste autocuidado, corroborando estudos anteriores<sup>(11,17,22,30)</sup>.

No que diz respeito à capacidade do CI para assistir na transferência e no posicionamento, estes foram aspetos do cuidar com menores pontuações médias iniciais na ECPCID-AVC, sendo inclusive os itens “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de posicionamento” e “adota princípios de mecânica corporal durante a técnica de transferência” os menos pontuados da escala. Estes dados vão novamente de encontro a estudos anteriores<sup>(11,17,22,24,25)</sup>. Predebon et al.<sup>(11)</sup> demonstraram que a transferência e posicionamento foram as atividades que os CI apresentaram maior dificuldade, devido à postura inadequada para realizar essas atividades. Este aspeto reforça a convicção que esta avaliação e intervenção por parte do EEER é fundamental, tendo sido, neste estudo, a intervenção individual e em grupo sobre

este tema uma mais valia. Da mesma maneira, os resultados do estudo de Matos e Araújo<sup>(24)</sup> e Saikai et al.<sup>(25)</sup> apontam a transferência e o posicionamento como áreas que carecem de instrução e treino por parte dos profissionais de saúde e sobre as quais os CI demonstram dificuldades. Já do ponto de vista da alternância do posicionamento, ao contrário do que é referido por Araújo<sup>(22)</sup> e Predebon et al.<sup>(11)</sup>, foi necessário, reforçar esta importância no sentido de prevenir complicações associadas à imobilidade.

Em relação ao providenciar ajudas técnicas/produtos de apoio, constatou-se que foi necessário trabalhar com os CI, cujos idosos necessitavam deste apoio, o incentivar a sua autonomia através do uso dos mesmos, não substituindo o idoso. Foram exemplos: engrossador de talher com recurso a esponja; talheres mais adequados às dificuldades do idoso (cabo grosso); calçadeiras de cabo longo ou caixa de madeira para facilitar o calçar/descalçar, bem como, substituir roupa com botões. O facto do EEER recorrer frequentemente a produtos de apoio provenientes de adaptação de materiais domésticos, bem como, a pertinência de incentivar a autonomia do idoso, em vez de o substituir, é também apontado por Oliveira et al.<sup>(9)</sup>. O CI pode ter tendência a substituir o idoso para não expor a sua dificuldade, apesar do seu potencial. Também Araújo<sup>(22)</sup>, Wu<sup>(30)</sup> e Ribeiro et al.<sup>(31)</sup> fazem alusão a este aspeto.

Relativamente ao autocuidado alimentar/hidratar, para além das intervenções relacionadas com o fator anterior, foram basilares as intervenções relacionadas com a vigilância dos sinais de disfagia, o uso correto do espessante e a consistência da dieta. Ainda que no presente estudo os valores médios de pontuação apresentados através da ECPCID-AVC em relação a esta área de autocuidado seja das mais elevadas, foi fundamental a intervenção junto daqueles que apresentaram dificuldades neste âmbito, pelo risco elevado de complicações importantes, como as infeções respiratórias por aspiração. Estes dados são corroborados pelos apresentados por Araújo<sup>(22)</sup>, Martins Santos<sup>(17)</sup> e Pereira et al.<sup>(32)</sup>. Pereira et al.<sup>(32)</sup>, demonstram a importância que o EEER pode ter no diagnóstico e tratamento da pessoa com compromisso na deglutição após AVC, bem como, na educação dos seus cuidadores, revelando-se fundamental para a sobrevivência e segurança da pessoa. No estudo de Predebon et al.<sup>(11)</sup>, esta foi uma área em que os CI não apresentaram dificuldades relevantes.

Quanto à capacidade dos CI para providenciar ajudas técnicas no vestir/despir, área com menor pontuação inicial, foi necessário trabalhar o desconhecimento do lado corporal em que se deve iniciar o vestir e o despir respetivamente. Após o ensino, instrução e treino, verificou-se franca melhoria nesta capacidade. Novamente a questão de não substituir o idoso naquilo que ele é capaz de fazer, ainda que de forma mais demorada, teve de ser incentivado, aspetos estes que vão de encontro ao referido por Araújo<sup>(22)</sup>, Wu<sup>(30)</sup> e Ribeiro et al.<sup>(31)</sup>. No estudo de Predebon et al.<sup>(11)</sup>, apesar da salvaguarda de existência de dificuldades na abordagem pelo lado correto, a capacidade dos CI no vestir/despir apresentou pontuação elevada.

No que concerne à capacitação dos CI, o profissional deve conhecer as reais dificuldades e necessidades, através de um instrumento que permita de forma rigorosa esta avaliação, como alertado por Dixe et al.<sup>(33)</sup>. A ECPCID-AVC no presente estudo revelou ser uma ferramenta fiável de apoio à avaliação das necessidades e capacidades dos CI para o autocuidado de pessoas idosas dependentes após um AVC, podendo ser usada em programas de intervenção estruturados pelas equipas de saúde. O EEER tem aqui um papel preponderante dado o âmbito das suas competências específicas, seja pelo autocuidado básico, pelo uso de princípios de mecânica corporal ou pela orientação a nível de ajudas técnicas/produtos de apoio.

Com a realização deste trabalho, afere-se que os programas baseados na educação e treino influenciam positivamente a capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC, particularmente em contexto domiciliar e de acordo com as necessidades individuais identificadas. Estes são fundamentais do ponto de vista dos cuidados de saúde de excelência, o que está em linha com diversos estudos<sup>(6,11-17,20,22)</sup>, acrescentando o papel de capacitador que o EEER, no âmbito das suas competências, tem nesta área. Fica-se com a preocupação de que, sendo um tema já bastante estudado e sendo reconhecida a sua importância, continua evidente a falta de preparação para o papel de CI, nomeadamente no regresso ao domicílio, pelo que urge uma implementação concreta e sistematizada às populações destes tipos de programas.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que o programa de reabilitação influenciou a capacitação do CI no autocuidado ao idoso dependente por AVC, no domicílio, no que respeita a: cuidar da higiene pessoal, transferir, posicionar, providenciar ajudas técnicas, alimentar/hidratar e vestir/despir. Em todas as áreas de autocuidado houve melhoria da capacidade do CI para cuidar do idoso dependente por AVC no domicílio, sendo que foi mais significativa naquelas que inicialmente apresentaram maior dificuldade: assistir no vestir/despir, seguindo-se transferir e posicionar. Por outro lado, as áreas de autocuidados com valores médios superiores de capacidade do CI, antes da intervenção, foram o assistir no uso do sanitário e no cuidar da higiene pessoal. A intervenção na área do assistir no alimentar/hidratar foi de especial relevância pela prevenção de complicações graves associadas à disfagia. A literatura é consonante no que se refere ao assistir no transferir e posicionar, particularmente no uso dos princípios de mecânica corporal durante estas atividades, mas ligeiramente mais divergente noutras áreas de autocuidado, o que nos remete para a individualidade de cada pessoa/CI/família.

A intervenção na área da capacitação do CI para o autocuidado do idoso dependente por AVC deve ser de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo, sendo que este trabalho contribuiu para a identificação destas necessidades, adequação das intervenções e avaliação da capacidade adquirida. Reitera-se a implementação concreta e sistematizada às populações deste tipo de programas de educação e capacitação no papel de CI, baseados na informação e treino. Evidenciamos o papel significativo do EEER, cuja intervenção de destaca pela maximização da capacidade funcional e reintegração da pessoa/família na comunidade, utilizando estratégias adaptativas e produtos de apoio e identificando obstáculos.

Apontamos como limitações deste estudo o tamanho reduzido da amostra e o horizonte temporal do programa. Estes foram influenciados pela limitação temporal do estudo que decorreu em âmbito académico: o prolongamento da colheita de dados e da intervenção, proporcionaria uma amostra mais robusta e consistente nas suas características, bem como, um acompanhamento a longo prazo dos CI com essa necessidade. Outra limitação prende-se com o facto da grande maioria dos estudos encontrados sobre esta temática não se reporta à avaliação das capacidades do CI para o seu papel com recurso a instrumentos de medida desta capacidade, o que dificultou a discussão de resultados. Para além disso, identificamos como limitação o facto do programa não ter sido submetido a avaliação por peritos.

Sugere-se mais investigação nesta área através da criação de instrumentos que avaliam as capacidades dos CI para o autocuidado que não seja restrito apenas à população dos CI que cuidam de idosos dependentes por AVC, bem como o impacto a nível de ganhos em saúde e diminuição dos custos sociais destes programas de capacitação, por intermédio do EEER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019 [internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado em 22 dez 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>.
2. World Health Organization. 10 Facts On Ageing And Health [internet]. Geneva: WHO; 2017. [citado em 22 dez 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>.
3. Serviço Nacional de Saúde. Acidente Vascular Cerebral [internet]. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde E.P.E.; 2021. [citado em 27 fev 2023]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>.
4. Associação Nacional AVC. Reabilitação no AVC [internet]. Barcelos: ANAVC; 2022. [citado em 24 fev 2022]. Disponível em: [http://www.associacaoavc.pt/sobre\\_avc/reabilitacao.html](http://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/reabilitacao.html).
5. Eurocarers – European Association Working for Carers. About Carers [internet]. Brussels: Eurocarers; 2020. [citado em 2021 jan 20]. Disponível em: <https://eurocarers.org/about-carers/>.
6. Connor EO, Dolan E, Horgan F, Galvin R, Robinson K. A qualitative evidence synthesis exploring people after stroke, family members, carers and healthcare professionals' experiences of early supported discharge (ESD) after stroke. PLOS ONE [internet]. 13 fev 2023 [citado em 28 fev 2023]; 18(2): e0281583. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281583>.
7. Lobo EH, Frølich A, Abdelrazek M, Rasmussen LJ, Grundy J, Livingston PM, Islam SM, Kensing F. Information, involvement, self-care and support – The needs of caregivers of people with stroke: A grounded theory approach. PLOS ONE [internet]. 31 jan 2023 [citado em 27 fev 2023];18(1):e0281198. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281198>.
8. Sequeira, C. (2018). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. 2ª ed. Lisboa: Lidel - edições técnicas. 9789897522789.
9. Oliveira C, Couto G, Silva P. Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários. In Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas. Lisboa: Lidel; 2021. ISBN 978-989-752-723-4. p.654-670.
10. Reis G, Bule MJ. Capacitação e Atividade de Vida. In Marques-Vieira C, Sousa L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidata; 2017. ISBN 978-989-8075-73-4. p.57-65.
11. Predebon ML, Dal Pizzol FL, Dos Santos NO, Bierhals CC, Rosset I, Paskulin LM. The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. Investig Educ En Enfermeria [internet]. 12 jun 2021 [citado em 22 dez 2020];39(2). Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>.
12. Mou H, Lam SKK, Chien WT. Effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: a pilot study. BMC Nurs [internet]. 21 dez 2022 [citado em 27 fev 2023];21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01145-0>.
13. Santos NO, Predebon ML, Bierhals CC, Day CB, Machado DD, Paskulin LM. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. Rev Bras Enferm [internet]. 2020 [citado em 13 jan 2020];73(suppl 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>.
14. Da Silva JK, Ferraz Anjos K, Pereira Alves J, Rosa DD, Boery RN. Needs for family caregivers of Cerebrovascular Accident survivors. Investig Educ En Enfermeria [internet]. 9 nov 2020 [citado 2 mar 2023];38(3). Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n3e06>.

15. Day, C. B., Bierhals, C. C. B. K., Santos, N. O. d., Mocellin, D., Predebon, M. L., Dal Pizzol, F. L. F., & Paskulin, L. M. G. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials* [internet]. 2018 [citado em 13 jan 2020]; 19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2454-5>.
16. Krieger, T., Feron, F., & Dorant, E. Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: The Caregivers' Guide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [internet]. 2016 [citado em 13 jan 2020]; 31(1), 146–156. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12344>.
17. Martins R, Santos C. Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento* [internet]. 31 Jul 2020 [citado em 22 dez 2020]; (28): 117-3. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/9468>.
18. Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. *Braz J Med Biol Res* [internet]. 2019 [citado 9 dez 2019];52(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-431x20198533>.
19. Lin, S., Xiao, L.D. & Chamberlain, D. A nurse-led health coaching intervention for stroke survivors and their family caregivers in hospital to home transition care in Chongqing, China: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [internet]. 4 mar 2020 [citado 22 dez 2022]; 21 (1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4156-z>.
20. Araújo O, Lage I, Cabrita J, Teixeira L. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. *J Adv Nurs* [internet]. 8 jun 2015 [citado 12 out 2020];71(10):2435-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12697>.
21. Bierhals CCBK, Dal Pizzol FLF, Low G, Day CB, Santos NO, Paskulin LMG. Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: A randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. Dez 2023 [citado em 28 fev 2023]; 31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5935.3657>.
22. Araújo O. O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores. [Tese de Doutoramento na internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2016 [citado em 12 dez 2020]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10451/25155>.
23. Araújo O, Lage I, Cabrita J, Teixeira L. Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. *Scand J Caring Sci* [internet]. 29 mar 2016 [citado em 12 dez 2020];30(4):821-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12291>.
24. Matos MJ, Araújo C. Prevenção de lesões músculo-esqueléticas nos cuidadores informais de doentes dependentes no domicílio. *Rev Port Enferm Reabil* [internet]. 30 jun 2021 [citado em 12 mar 2023];4(1):56-63. Disponível em: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.157>.
25. Saikai GM, Nardi SM, Saikai W, Pereira DD, Millin RC, Paschoal VD. Emotional and physical exhaustion of family caregivers / Exaustão emocional e física de cuidadores familiares. *Rev Pesqui Cuid E Fundam Online* [internet]. 13 nov 2020 [citado em 22 dez 2022]:1296-302. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9684>.
26. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 392/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2a série - no 85 - 3 maio 2019 [Internet]. 2019;13565–8. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>.
27. Dutra HS, Reis VN dos. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [citado em 9 ago 2021];10(6):2230-41. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11238p2230-2241-2016>.
28. Hernández Sampieri R, Hernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodologia de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28.
29. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. Um Movimento Capaz de Cuidar quem Cuida [internet]. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais; 2020. [citado em 25 fev 2022]. Disponível em: <https://movimentocuidadoresinformais.pt/>.

30. Wu, C. Learning to be a family caregiver for severely debilitated stroke survivors during the first year in Taiwan. University of Iowa. 2009 [citado em 12 dez 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.17077/etd.0v2hrfeu>.
31. Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S., & Regadas, S. C. R. S. A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. Revista de Enfermagem Referência [internet]. 2014 [citado em 23 set 2023], 1 (Série 4), 25-36. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIII12162>
32. Pereira de Sá NM, Marques de Oliveira F, Gonçalves Sacramento CL, dos Santos Oliveira MI, Tavares Almeida FL. Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. Rev Port Enf Reab [internet]. 30 jan 2023 [citado em 7 mar 2023]; 6(1): e265. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/index.php/rper/article/view/29646>
33. Dixe MD, Frontini R, Sousa PM, Peralta TD, Teixeira LF, Querido AI. Dependent person in self-care: analysis of care needs. Scand J Caring Sci [internet]. set 2020 [citado 10 jan 2022];34(3):727-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12777>.

## DIVULGAÇÕES ÉTICAS

### **Contribuição do(s) autor(es):**

Concetualização: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Curadoria dos dados: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Análise formal: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Investigação: A.S.; M.J.F.; J.G.

Metodologia: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Administração do projeto: A.S.; M.J.F.; J.G.

Recursos: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Software: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Supervisão: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Validação: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Visualização: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Redação do rascunho original: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Redação - revisão e edição: A.S.; M.J.F.; J.G.; S.S.; C.R.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

### **Financiamento:**

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

### **Comissão de Ética:**

Estudo autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (Parecer nº 71/2021).

### **Declaração de consentimento informado:**

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

### **Conflitos de interesse:**

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

### **Proveniência e revisão por pares:**

Revisto externamente por pares.