



CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

*INFORMAL CAREGIVER TRAINING IN APPROACHING THE BODY BALANCE
OF LONG-TERM CARE USERS AT HOME*

*FORMACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL PARA ABORDAR EL EQUILIBRIO CORPORAL
DE LA PERSONA DEPENDIENTE EN CONTEXTO DOMICILIARIO*

David Pinto¹ ; Sérgio Magalhães² ; Salomé Ferreira³ 

¹ *Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal*

² *AceS Grande Porto III Maia/Valongo – UCC Ermesinde, Ermesinde, Portugal*

³ *Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo,, Portugal*

Autor Correspondente: David Pinto, ez.pinto@gmail.com

Como Citar: Mesquita Pinto ED, Nascimento Magalhães SP, Martins Ferreira MS. Capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário . Rev Port Enf Reab [Internet]. 5 de Novembro de 2023 [citado 5 de Novembro de 2023];6(2):e365. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/365>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

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: As pessoas dependentes sofrem um declínio de algumas capacidades físicas e cognitivas como a perda de força muscular e mobilidade articular, diminuição da coordenação sensório-motora e, conseqüentemente, comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico. Isto, aliado a uma vontade da sociedade cuidar destas pessoas em ambiente domiciliário o mais tempo possível, dá uma enorme relevância à figura do cuidador informal e às suas necessidades educativas.

Objetivo: Avaliar o contributo de um programa de capacitação, aplicado por Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a cuidadores informais para a abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário.

Metodologia: Estudo quase experimental de grupo único, longitudinal com observação antes e depois do programa de capacitação, em contexto de visita domiciliária, com a aplicação de um programa dividido em 6 sessões. Trata-se de uma amostra de cariz não probabilística e por conveniência, com 10 cuidadores informais e respetiva pessoa dependente, alvo de cuidados. Para a recolha de dados foi utilizado um formulário sociodemográfico, pesquisa no processo clínico informatizado do paciente, grelha de observação elaborada para o efeito, escala do Teste de Tinetti e o Índice de Barthel.

Resultados: Foi possível verificar que após intervenção, os cuidadores informais melhoraram os conhecimentos relacionados com a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente e que os pacientes alvo de cuidados apresentaram ganhos médios significativos no equilíbrio e autonomia.

Conclusão: As pessoas no domicílio, com um grau elevado de dependência, podem usufruir de cuidados básicos ligados ao equilíbrio estático sentado, através da capacitação do respetivo cuidador informal, refletindo-se em ganhos no equilíbrio e autonomia.

Descritores: Enfermagem de Reabilitação; Equilíbrio postural; Cuidador informal, Capacitação, Idoso.

ABSTRACT

Introduction: The increasing elderly fringe of the Portuguese population suffers a decline in some physical and cognitive abilities like loss of muscle strength and sensory-motor coordination and consequently impairment of static and dynamic balance. This combined with the desire on the part of society to take care of these people in a home environment for as long as possible, gives enormous relevance to the figure of the informal caregiver and their educational needs.

Objective: Evaluate the contribution of a training program applied by rehabilitation nurse specialists on informal caregivers in the approach to body balance of the long-term care users at home.

Methodology: Quasi-experimental study, single group, with observation before and after a training program, in the context of home visits, divided into 6 sessions. The sample was non-probabilistic and by convenience. It included 10 informal caregivers and their dependent person being cared for. For data collection was used a sociodemographic form, research in

the computerized clinical file of the user, an observation grid was prepared for the purpose, the Tinetti Test and the Barthel Index.

Results: We found that after the intervention the informal caregivers demonstrated mastery of the theoretical and practical knowledge transmitted, and the dependent long-term care users showed significant average gains in balance and autonomy.

Conclusion: People in the household with a high degree of dependence can benefit from basic care related to static sitting balance through the training of the respective informal caregiver, which is reflected in gains in their balance and autonomy.

Descriptors: Rehabilitation Nursing; Postural balance; Informal caregiver, Training, Elderly.

RESUMEN

Introducción: La creciente franja de edad avanzada de la población portuguesa sufre una disminución de algunas capacidades físicas y cognitivas como pérdida de fuerza muscular, disminución de la coordinación sensoriomotora y, en consecuencia, deterioro del equilibrio estático y dinámico. Esto, unido al deseo de la sociedad de cuidar a estas personas en casa el mayor tiempo posible, otorga una enorme importancia a la figura del cuidador informal y sus necesidades educativas.

Objetivo: Evaluar la contribución de un programa de capacitación aplicado por Especialistas en Enfermería de Rehabilitación a cuidadores informales en el abordaje del equilibrio corporal en la persona dependiente en el contexto domiciliario.

Metodología: Estudio cuasi-experimental de un solo grupo con observación antes y después de un programa de entrenamiento, en el contexto de visitas domiciliarias, dividido en 6 sesiones. La muestra fue no probabilística y por conveniencia. Incluyó 10 cuidadores informales y la respectiva persona dependiente cuidada. Los instrumentos de recolección de datos fueron ficha sociodemográfica, historia clínica informatizada del usuario, grilla observación preparada para al efeto, Test de Tinetti e Índice de Barthel.

Resultados: Se pudo comprobar que después de la intervención los cuidadores informales demostraron dominio de los conocimientos teóricos y prácticos transmitidos, y las personas dependientes mostraron ganancias medias significativas en equilibrio y autonomía.

Conclusión: Las personas con alto grado de dependencia pueden beneficiarse de los cuidados básicos relacionados con el equilibrio estático sentado en casa a través de la capacitación del respectivo cuidador informal, lo que se refleja en ganancias en su equilibrio y autonomía.

Descriptores: Enfermería de Rehabilitación; Equilibrio postural; Cuidadores informales, Capacitación, Anciano.

INTRODUÇÃO

Atualmente com o aumento da esperança média de vida aos 65 anos e uma percentagem significativa desta franja da população mais idosa com situações de dependência (32,1% em 2020), aliado a uma vontade da sociedade de cuidar destas pessoas em ambiente domiciliário o mais tempo possível, deu relevância à figura do cuidador familiar informal e às suas necessidades educativas ^{(1) (2)}.

Os cuidadores informais, segundo o novo Estatuto do Cuidador Informal, regulamentado pela Lei nº 100/2019, a 6 de setembro de 2019, capítulo I, artigo 2º, podem ser considerados principais ou não principais. De modo geral o Cuidador informal é definido como cônjuge, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, *é responsável pela organização assistência e pela prestação de cuidados à pessoa dependente, que pode ser de forma permanente, vivendo em comunhão de habitação e não auferir qualquer remuneração, ou de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada* ⁽³⁾.

No que se refere às necessidades dos cuidadores informais, num estudo realizado em familiares cuidadores de pacientes de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da área de Coimbra constatou-se que maioritariamente estes apresentavam capacidade para adquirir nova informação e providenciar cuidados simples ou próximos do seu quotidiano como o alimentar ou a mobilização em cadeira de rodas, porém apresentaram limitações crescentes no que se refere às outras competências do autocuidado e défices inerentes à organização do funcionamento da casa nomeadamente: garantir o arranjo e preparação de refeições (26,4%); assegurar o acompanhamento do membro da família dependente aos serviços de saúde (23,3%); assegurar as compras domésticas correntes (21,7%); dificuldade em assegurar o armazenamento dos alimentos (14,6%). Além desta situação global, os autores referem que quando estratificaram estes dados pela idade do cuidador familiar notou-se um evidente agravamento do panorama com o aumento da idade ⁽⁴⁾.

A progressiva deterioração das informações sensoriais (proprioceptiva, visual e vestibular) é apontada como uma causa da instabilidade postural no envelhecimento ⁽⁵⁾. Do mesmo modo, os estudos indicam que o aumento de oscilações corporais com a idade é reflexo do declínio da estabilidade corporal ⁽⁵⁻⁷⁾. A manutenção de uma postura estável assume uma grande relevância para o movimento. Assim, quando o sistema de controlo postural é afetado, seja por doença ou idade por exemplo, pode trazer consequências nefastas como o aumento de risco de quedas em idosos, facto este que tem sido identificado com um grave problema de saúde pública ⁽⁸⁾.

A situação de fragilidade é cada vez mais prevalente nas idades mais avançadas. Apesar de não haver um conceito uniforme internacional há o consenso de que a síndrome de Fragilidade é resultado das consequências do declínio de múltiplos sistemas fisiológicos, particularmente os sistemas neuromusculares, neuro endócrinos e imunitário, relacionados com envelhecimento. Assim, esta síndrome é caracterizada por pacientes idosos que geralmente apresentam perda de peso, fadiga, alterações ou lentificação da marcha, perda de força e massa muscular (sarcopenia), e geralmente associados a uma complexidade de patologias e tolerância reduzida a intervenções terapêuticas ⁽⁹⁾.

O equilíbrio e controlo postural está intimamente ligado ao conceito de controlo motor e todo o movimento seletivo que se dá aquando duma atividade funcional, como a ação de sentar, é interativo e interdependente do mecanismo de controlo postural de modo a manter o alinhamento e correto uso dos vários grupos musculares para manter o equilíbrio necessário à função. Para se obter um bom controlo postural é necessário desenvolver mais especificamente a orientação e estabilidade postural. Entende-se por orientação postural a capacidade de manter uma relação apropriada entre os diferentes segmentos corporais como também entre o corpo e o ambiente. Já a estabilidade postural traduz-se no estabelecimento

de um equilíbrio entre as forças de estabilidade e instabilidade. Por exemplo quando se está a trabalhar com um indivíduo na re aquisição de funções de equilíbrio estáticas ou dinâmicas estas estão relacionadas com fato de este possuir ou não controlo postural ^(10,11).

O controlo postural constitui uma tarefa complexa derivada de múltiplos processos sensoriomotores. A compreensão desta complexidade emerge da sinergia da interação de diferentes subsistemas fisiológicos. Esta interação permite a habilidade para a manutenção da postura, realização da marcha e interação com o meio ambiente de forma segura e eficaz. Assim, os subsistemas que constituem o controlo postural são: o sistema sensorial (que inclui o sistema vestibular, visual e propriocetivo), o sistema nervoso central e sistema músculo-esquelético ⁽¹²⁾.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem como uma das principais funções suprir as necessidades educativas dos cuidadores através do ensino à pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado, assim como os treinos inerentes à atividade e exercício físico ⁽¹³⁾. Nos casos de cuidadores informais com pessoas idosas a cargo estas necessidades podem estar ligadas à educação em saúde dos cuidadores em áreas como as doenças e possíveis agudizações, terapia medicamentosa, dietas e exercício físico ⁽¹⁴⁾.

Neste sentido o EEER tem como um dos seus papéis contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades pelo cuidador familiar, capacitando-o para a prestação de cuidados ⁽¹⁵⁾ e isto pode ser atingido através do foco na instrução e treino de competências básicas, o que contribui também para a sua motivação na resposta a estes desafios ⁽¹⁶⁾.

O EEER tendo em conta o tipo de lesão do SNC deve identificar quais os processos afetados e a partir daí desenvolver e estratégias motoras e sensoriais eficazes no sentido da satisfação das exigências posturais requeridas para realização de determinada tarefa, num ambiente específico ⁽⁸⁾.

Para contrapor este cenário de declínio das capacidades físicas e mentais e maior risco de dependência associadas a uma idade avançada conclui-se numa revisão sistemática que o uso de intervenções ligadas ao exercício, especialmente aquelas que são ligadas ao treino de força e equilíbrio, poderiam ter sucesso na melhoria de capacidades funcionais numa população de pacientes idosos institucionalizados e com uma taxa de Fragilidade provavelmente elevada ⁽¹⁷⁾. Também Garcia et al. ⁽¹⁸⁾ constatou que o ensino, instrução e treino de equilíbrio em pessoas idosas pode ter resultados significativos na melhoria das atividades de vida diária.

Uma revisão sistemática de 2012 que estudou a efetividade de programas de exercícios em idosos com Fragilidade em ambiente domiciliário concluíram que são eficazes em melhorar a capacidade funcional com Fragilidade moderada, mas não severa. Apesar de considerarem haver ainda dúvidas sobre o impacto as intervenções domiciliárias, estas *são consideradas ações potencialmente simples, seguras e de aplicação geral para prevenir o declínio desta porção da população* ⁽¹⁹⁾. Isto é confirmado numa revisão sistemática mais recente de 2020 enfatizando também ganhos a nível nutricional e incidência de quedas ⁽²⁰⁾. Por exemplo o treino de equilíbrio sentado pode ser aplicado facilmente em idosos com dependência parcial em que a pessoa faz o exercício sentada por exemplo na beira da cama, com os pés firmemente apoiados no chão ou degrau. O EEER vigia a pessoa relativamente à segurança, enquanto o paciente é desafiado por exemplo a seguir instruções para levantar os braços em

várias direções diferentes. Posteriormente avalia-se a capacidade de manter o equilíbrio e o controlo postural ⁽²¹⁾.

Tendo em conta o exposto optou-se por desenvolver um estudo que nos permitisse avaliar a mais valia de um programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário.

MATERIAIS E MÉTODOS

No sentido de dar resposta à questão de investigação “poderá o enfermeiro de reabilitação capacitar o cuidador informal para a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente cuidada por este? Optou-se por um desenho metodológico quase experimental de grupo único com observação antes e depois da intervenção. De facto, estes estudos permitem observar fenómenos quando a repartição aleatória dos sujeitos é pouco exequível como neste caso de contexto clínico. Este tipo de desenhos quase-experimentais não têm grupos equivalentes criados pela repartição aleatória ou não têm grupos de controlo ⁽²²⁾. Todavia a observação individual antes e depois atua quase como que cada participante funcionasse como o seu próprio grupo de controlo melhorando a validade interna ⁽²²⁾. Assim foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar a mais valia da capacitação do cuidador informal na abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente, em contexto domiciliário.
- Perceber se a capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente tem influência na autonomia da pessoa dependente em contexto domiciliário.

Para o desenvolvimento do nosso estudo definimos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) - Os pacientes dependentes no domicílio, têm ganhos no equilíbrio, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do equilíbrio.

Hipótese 2 (H2) – Os pacientes dependentes no domicílio, têm ganhos na autonomia, quando o seu cuidador informal é *capacitado para a abordagem do equilíbrio*.

Para dar resposta aos objetivos preconizados neste estudo foram realizados dois momentos de avaliação, no início e no final da aplicação do programa de capacitação ao cuidador informal sobre o equilíbrio sentado estático (intervenção experimental) a cada cuidador e respetivo paciente alvo de cuidados.

A amostra deste estudo foi de cariz *não probabilística e por conveniência*, foi selecionada de entre os cuidadores informais dos pacientes dependentes, de uma ECCI da zona norte no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, que responderam aos seguintes critérios de inclusão:

- Saber ler, escrever;
- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser cuidador informal do paciente dependente;
- A respetiva pessoa alvo de cuidados ser paciente da ECCI de Ermesinde; ter mais de 65 anos de idade e/ou ter dependência total (0 a 20 pontos no Índice de Barthel), ou grave dependência (21 a 60 pontos no índice de Barthel), ou dependência moderada (61 a 90 pontos no Índice de Barthel).

Como critérios de exclusão definimos o não cumprimento dos exercícios de equilíbrio estático sentado, da pessoa alvo de cuidados com o apoio do cuidador informal, na prática diária aquando do levantar para a cadeira durante 1 hora ou até sinais de intolerância.

Após a aplicação dos critérios de seleção ficamos com uma amostra total constituída de 10 cuidadores informais e respetivo paciente dependente, alvo dos cuidados.

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Além do formulário sócio demográfico para caracterização da amostra, os instrumentos de recolha de dados foram: grelha de observação do binómio cuidador informal/paciente alvo de cuidados; Índice de Barthel e Teste de Tinetti para avaliação da autonomia e equilíbrio respetivamente no paciente alvo de cuidados, aplicados nos dois momentos de avaliação.

Relativamente à grelha de observação do binómio cuidador informal/paciente alvo de cuidados é constituída por 10 itens, explicitados no quadro 1, aplicado pelo EEER e avaliado como presente ou não.

A grelha de observação foi construída pelos investigadores baseada na literatura sobre equilíbrio estático sentado e equilíbrio postural que constituíram a base teórica do nosso programa de capacitação. Também a brochura em papel de apoio utilizada posteriormente aborda os mesmos itens ^(8,17-19,21,23-26).

Quadro 1 – Conceitos abordados no programa de capacitação e avaliados na grelha de observação

CONCEITOS	GRELHA DE OBSERVAÇÃO
• Benefícios do equilíbrio estático sentado	1. Conhece as vantagens para o equilíbrio estático implementando a rotina de sentar em cadeirão rígido ou equivalente por períodos com mesa de trabalho ou equivalente?
• Controlo postural	2. Mantem o tronco ereto usando almofada se necessário (evita a sua flexão e rotação)?
	3. Conserva a flexão da anca a 90°?
	4. Mantém o apoio total dos pés apoiados em superfície rígida?
	5. Promove apoio rígido dos braços com mesa de trabalho ou equivalente?
	6. Supervisiona o posicionamento evitando ou corrigindo a inclinação do tronco, extensão da anca, e deslizamento dos membros superiores?
• Atividades de dupla tarefa	7. Coincide estes períodos com maior estimulação (ex. visitas, atividades lúdicas ativas)?
• Técnica da correção da postura na cadeira	8. Conhece a técnica de correção da postura na cadeira?
	9. Aplica a técnica de correção da postura na cadeira?
• Sinais de intolerância física.	10. Reconhece sinais de intolerância?

Após a seleção da amostra deu-se início ao programa de capacitação, dividido em 6 sessões num período temporal de 6 semanas. A primeira fase de 5 sessões, decorreu nas primeiras 4 semanas, com uma a duas sessões por semana, sendo que a avaliação inicial foi incluída na primeira sessão. A *última fase*, decorreu na 6ª semana, na qual foi realizada a última sessão correspondente a avaliação final. As sessões foram aplicadas de forma individual, em contexto de visita domiciliária e durante o período de colheita de dados de 3 meses. À medida que existiam novas admissões com critérios de inclusão, estes eram introduzidos no programa e adicionados à amostra deste estudo de investigação. Relativamente ao programa foi todo desenvolvido pelo EEER, sendo organizado como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Programa de capacitação do cuidador informal

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS PARA O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO	
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio estático sentado; Fisiologia do equilíbrio: mecanismos principais; Treino do equilíbrio estático sentado; Material de apoio ao controlo postural; Prevenção de quedas e lesões músculo-esqueléticas.
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> Método expositivo, demonstrativo e ativo: exposição de conteúdos teóricos. Demonstração de procedimentos práticos e realização de dinâmicas práticas.
Recursos pedagógicos	<ul style="list-style-type: none"> Brochura em papel com conteúdo de apoio teórico-prático. Adaptação de material de apoio já existentes no domicílio para controlo postural. Grelha de observação de aspetos teórico-práticos antes e no final do programa. Escalas de avaliação de equilíbrio e autonomia aplicadas no início e no final do programa.
Duração e atividades (30 minutos cada sessão)	<p>1ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdução do estudo e seus objetivos. Prestação do documento do Consentimento Informado. Aplicação do questionário socio demográfico ao cuidador informal. Avaliação inicial através da aplicação da Grelha de observação sobre conhecimentos teórico-práticos no âmbito do equilíbrio estático sentado. Avaliação inicial através da aplicação do Índice de Barthel e o Teste de Tinetti ao paciente alvo de cuidados.
	<p>2ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Fornecimento e apresentação de brochura em papel. Desenvolvimento dos conceitos teórico-práticos. Ensino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado.
	<p>3ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrução e treino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao paciente dependente a seu cuidado. Instrução para a sua prática diária aquando do levantar para a cadeira durante 1 hora ou até sinais de intolerância. Adaptação de material de apoio disponível no domicílio.
	<p>4ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Reforço e elogio ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao paciente a seu cuidado. Incentivo para a prática diária aquando do levantar para a cadeira durante 45 minutos ou até sinais de intolerância. Adaptação de horário de apoio domiciliário ou visita domiciliária da ECCI quando necessário para apoio na implementação dos exercícios de equilíbrio estático sentado.
	<p>5ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Supervisão do cuidador informal na aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado.
	<p>6ª</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliação final através da aplicação da Grelha de observação sobre conhecimentos teórico-práticos no âmbito do equilíbrio estático sentado. Avaliação final do equilíbrio e o grau de dependência do paciente alvo de cuidados através da aplicação do Índice de Barthel e o Teste de Tinetti ao paciente alvo de cuidados.

A análise de resultados foi efetuada através da análise descritiva e inferencial com recurso a testes de normalidade da amostra aplicando-se o teste Wilcoxon, Test T e Coeficiente de Spearman, de acordo com a presença ou não de distribuição normal das diferentes variáveis da amostra, para análise das hipóteses levantadas. O tratamento de dados foi informatizado com recurso ao programa SPSS versão 28 (Statistical Package for the Social Sciences).

De acordo com o dever de sigilo que vem consagrado no artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem⁽²⁷⁾ foi assegurado o anonimato dos participantes no estudo, e salvaguardando a confidencialidade dos seus dados, sendo estes identificados numericamente como cuidador informal 1, cuidador informal 2 e assim por seguinte e nunca pelo nome próprio. A participação deste estudo foi estritamente voluntária após ser dado a conhecimento do mesmo. Assim no que se refere ao respeito das diretrizes éticas para a investigação nomeadamente os princípios Veracidade e Confidencialidade e de acordo com artigo 84º - Dever de Informar - foi pedido consentimento livre e esclarecido (informando sobre os riscos e benefícios ao cuidador informal familiar e paciente alvo de cuidado)⁽²⁸⁾. Este estudo foi aprovado pela Comissão de ética da ARSN com nº do parecer CE/2022/9.

RESULTADOS

A amostra é composta por 10 cuidadores informais e seus respetivos alvo de cuidados (N=10). As idades dos cuidadores informais estão compreendidas entre 51 e 85 anos e a idade média é aproximadamente 62 anos (média: 61,90; desvio padrão: 12,35). As idades dos pacientes alvo de cuidados são compreendidas entre 54 e 97 e a idade média é aproximadamente 81 anos (média 80,80; desvio padrão:11,41).

No que se refere ao género a maioria *é do género* feminino quer entre os cuidadores quer entre os pacientes, representando 90% e 70% da amostra respetivamente.

Relativamente aos antecedentes clínicos dos pacientes verifica-se que apesar da grande maioria ter diabetes e hipertensão arterial também sofre de uma grande variedade de outras patologias crónicas. Assim sendo optou-se por categorizar os antecedentes clínicos objetivados de acordo com as funções do corpo afetadas, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde⁽²⁹⁾.

Assim, como demonstrado na tabela 1, observa-se que de acordo com os antecedentes clínicos objetivados a maioria dos casos (90%) apresenta afeções relacionadas com as funções corporais ligadas à pressão arterial (hipertensão arterial) e sistema metabólico (sendo a diabetes prevalente em todos os casos onde foi objetivado esta alteração). Destacam-se com uma frequência entre 70% e 50 %, as afeções ligadas a funções do sistema cardíaco, funções mentais, funções dos vasos sanguíneos, funções do sistema hematológico e imunológico, funções do aparelho digestivo, funções das articulações e dos ossos e funções motoras.

Tabela 1 – Funções corporais afetadas de acordo com os antecedentes clínicos dos pacientes

	Frequência	Percentagem (%)
Afeções relacionadas com funções da pressão arterial	9	90,0
Afeções relacionadas com funções dos sistemas metabólico e endócrino	9	90,0
Afeções relacionadas com funções do sistema cardíaco	7	70,0
Afeções relacionadas com funções mentais	6	60,0
Afeções relacionadas com funções dos vasos sanguíneos	6	60,0
Afeções relacionadas com funções do sistema hematológico e imunológico	6	60,0
Afeções relacionadas com funções do aparelho digestivo	6	60,0
Afeções relacionadas com as funções das articulações e dos ossos	6	60,0
Afeções relacionadas com funções ligadas ao movimento (reflexos voluntários ou involuntários, padrão da marcha, funções neuromusculares e relacionadas com o movimento)	5	50,0
Afeções relacionadas com funções auditivas e vestibulares	3	30,0
Afeções relacionadas com funções visão e outras relacionadas	2	20,0
Afeções relacionadas com funções urinárias	2	20,0
Afeções relacionadas com funções do aparelho respiratório	1	10,0
Afeções relacionadas com funções genitais e reprodutivas	1	10,0
Afeções relacionadas com funções musculares (forças, tónus, resistência, outras)	1	10,0
Afeções relacionadas com funções da pele e estruturas relacionadas	1	10,0

Tal como é possível verificar na tabela 2, no que diz respeito ao nível de escolaridade dos cuidadores informais a habilitação mais frequente é a do 1º ciclo com 40% dos casos, sendo que 70% dos casos tem um nível de habilitação entre a 4ª classe e a 9ª classe.

Tabela 2 – Habilitações literárias do cuidador informal

	Frequência	Percentagem (%)
1º Ciclo (4ª classe)	4	40,0
2º Ciclo (6ª classe)	3	30,0
3º Ciclo (9ª classe)	1	10,0
Ensino secundário	1	10,0
Licenciatura ou superior	1	10,0
Total	10	100,0

No que se refere situação profissional do cuidador informal também se verifica uma variedade de situações embora seja de salientar que apenas 20% destes sejam trabalhadores em situação ativa no mercado de trabalho, tal como é possível verificar na tabela 3.

Tabela 3 - Situação profissional do cuidador informal

	Frequência	Percentagem (%)
Desempregado(a)	1	10,0
Trabalhador por conta-de-outrem	1	10,0
Trabalhador por conta-própria	1	10,0
Reformado(a)	2	20,0
Doméstica	2	20,0
Cuidador contratado pela família	3	30,0
Total	10	100,0

Também conseqüente da situação económica do agregado familiar procurou-se saber ainda quantos dos pacientes alvo de cuidados beneficiavam de apoio domiciliário além da ECCI e constatou-se que 60% dos casos beneficia de apoio domiciliário. Tal como é possível verificar na tabela 4, os serviços de apoio vão desde a alimentação, higiene, tratamento de roupa e conforto até apoio de uma pessoa cuidadora permanentemente e ou mesmo de um profissional de saúde especializado.

Tabela 4 - Tipo de apoio domiciliário

	Frequência	Percentagem (%)
Higiene habitacional / Tratamento da roupa do uso pessoal do paciente / Higiene e conforto pessoal (inclui posicionamento) / Fornecimento e apoio nas refeições	1	10,0
Cuidadora contratada	1	10,0
Cuidadora em regime de acolhimento familiar	1	10,0
Cuidadora contratada e fisioterapeuta	1	10,0
Higiene habitacional / Tratamento da roupa do uso pessoal do paciente / Higiene e conforto pessoal (inclui posicionamento)	2	20,0
Sem apoio	4	40,0
Total	10	100,0

Considerou-se também importante avaliar o nível de conhecimento dos cuidadores informais através de uma grelha de observação construída por 10 itens verificáveis associados aos conhecimentos transmitidos no programa em questão. Assim constata-se pela análise da

tabela 5 que antes da aplicação do programa de capacitação os valores são muito baixos, ou seja, em 90% da amostra não preenche nenhum item, enquanto que após a aplicação do programa os valores são muito altos, sendo que em 90% da amostra demonstra conhecimento em 10 a 8 itens. Isto significa que a maior parte dos conhecimentos teórico-práticos transmitidos foram adquiridos com sucesso pelos cuidadores.

Tabela 5 – Nível de conhecimento do cuidador informal antes e depois do programa de capacitação

Nº itens verificados	1ª Sessão do programa de capacitação		6ª Sessão do programa de capacitação	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
10 a 8 itens	0	0,0	9	90,0
7 a 5 itens	0	0,0	0	0,0
2 a 4 itens	1	10,0	0	0,0
1 item	0	0,0	1	10,0
0 itens	9	90,0	0	0,0

Para avaliar a mais valia da capacitação do cuidador informal na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário, aplicou-se o Teste de Tinetti que pela análise da tabela 6 se verifica que no primeiro momento foi de 2,10 pontos (desvio padrão de 3,510) e no segundo momento a média é de 11,00 pontos (desvio padrão de 6,733).

Tabela 6 – Reflexo da capacitação do cuidador informal no equilíbrio nos pacientes alvo de cuidados (n=10)

TESTE DE TINETTI	1º Sessão do programa de capacitação			6º Sessão programa de capacitação		Teste estatístico para amostras emparelhadas	
	N	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
1 – Equilíbrio sentado	10	0,20	0,422	1,70	0,675	×	×
2 - Levantar-se	10	0,30	0,483	0,70	0,675	×	×
3 - Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	10	0,40	0,699	1,30	0,823	×	×
4 - Equilíbrio em pé com os pés paralelos	10	0,10	0,316	0,60	0,516	×	×
5 - Pequenos desequilíbrios na mesma posição	10	0,30	0,483	1,30	0,823	×	×
6 - Fechar os olhos na mesma posição	10	0,20	0,422	0,70	0,483	×	×

TESTE DE TINETTI	1º Sessão do programa de capacitação			6º Sessão programa de capacitação		Teste estatístico para amostras emparelhadas	
	N	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
7 - Volta de 360° (2 vezes)	10	0,00	0,000	0,10	0,316	×	×
8 - Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	10	0,00	0,000	0,00	0,000	×	×
9 - Sentar-se	10	0,30	0,483	1,10	0,738	×	×
10 - Início da marcha	10	0,00	0,000	0,10	0,316	×	×
11 - Largura do passo direito	10	0,00	0,000	0,40	0,516	×	×
12 - Altura do passo direito	10	0,00	0,000	0,50	0,527	×	×
13 - Largura do passo esquerdo	10	0,00	0,000	0,40	0,516	×	×
14 - Altura do passo esquerdo	10	0,00	0,000	0,50	0,527	×	×
15 - Simetria do passo	10	0,00	0,000	0,40	0,516	×	×
16 - Continuidade do passo	10	0,00	0,000	0,10	0,316	×	×
17 - Percurso de 3 metros	10	0,10	0,316	0,50	0,527	×	×
18 - Estabilidade do tronco	10	0,20	0,422	0,50	0,527	×	×
19 - Base de sustentação durante a marcha	10	0,00	0,000	0,10	0,316	×	×
Pontuação total	10	2,10	3,510	11,00	6,733	Z= 2,670	p= 0,008

Para se perceber se a capacitação do Cuidador informal para a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente tem influência na sua autonomia em contexto domiciliário aplicou-se o Índice de Barthel através de observação direta no momento inicial (1ª sessão) e momento final (6ª sessão). Desta forma, através da análise da tabela 7, podemos observar que a média deste teste no primeiro momento é de 20,50 pontos (desvio padrão de 21,915) e no segundo momento a média é de 41,50 pontos (desvio padrão de 24,387).

Tabela 7 – Reflexo da capacitação do cuidador informal na autonomia dos pacientes alvo de cuidados

ÍNDICE DE BARTHEL	1º Sessão do programa de capacitação			6º Sessão programa de capacitação		Teste estatístico para amostras emparelhadas	
	n	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon / Teste T student	
1 - Higiene pessoal	10	0,00	0,00	0,50	1,581	z = 1	0,317
2 - Evacuar	10	4,00	4,595	6,50	4,116	z = 2,236	0,025
3 - Urinar	10	3,50	4,116	5,00	4,714	z =1,732	0,083
4 - Ir à casa de banho (uso de sanitário)	10	2,00	2,582	2,50	2,635	z =1,000	0,317
5 - Alimentar-se	10	2,00	2,582	7,00	3,496	z = 2,640	0,008
6 - Transferências (cadeira /cama)	10	2,00	3,496	6,00	3,944	z = 2,271	0,023
7 - Mobilidade (deambulação)	10	4,50	4,972	7,00	5,375	z = 1,890	0,059
8 - Vestir-se	10	1,00	2,108	3,50	2,415	z = 2,236	0,025
9 - Escadas	10	1,50	2,415	3,50	3,375	z = 2,000	0,046
10 - Banho	10	0,00	0,00	,00	,000	z = 0,000	1,000
Total	10	20,50	21,915	41,50	24,387	t = -4,466	p=0,002

Ao estratificamos estes resultados pelas subdimensões do *Índice de Barthel* na tabela 7, encontramos diferenças positivas entre a avaliação final e inicial e estatisticamente significativas nas seguintes subdimensões: “Evacuar” (ganho médio de 2.50 pontos); “Alimentar-se” (ganho médio de 5,00 pontos); “Transferências (cadeira/cama)” (ganho médio de 4,00 pontos); “Vestir-se” (ganho médio de 2,50 pontos); e “Escadas” (ganho médio de 2.00 pontos).

DISCUSSÃO

No que se refere aos dados sociodemográficos obtidos da nossa amostra, verifica-se que a média de idade dos cuidadores informais é de 61,9 anos, próxima do fim da idade ativa, o que se coaduna com uma população progressivamente mais idosa, como descrito. Quanto ao género, verifica-se que predomina o feminino (90%) o que corrobora dados dum estudo de 2019 publicado no relatório *Health at a Glance da OECD (2021a)* em que mais de 70% dos cuidadores informais em Portugal, com 50 ou mais anos, eram do género feminino ⁽³⁰⁾.

Relativamente às outras características sociodemográficas que mais se destacaram dos cuidadores informais são: a escolaridade entre 1º ou 2º ciclo concluídos (70%); 20% estão ativos no mercado de trabalho; 60% são beneficiários de apoio domiciliário. Isto também confirma dados da *OECD (2021a)* em que o facto de ser cuidador informal está associado a

uma redução da integração no mercado de trabalho quando em idade ativa e a uma maior taxa de pobreza ⁽³⁰⁾.

Relativamente à *idade dos* pacientes dependentes alvo de cuidados apesar de terem uma média elevada (80,8) os seus valores variaram muito, indo dos 54 aos 97 anos. Em termos de género, a maioria é feminina (70%).

Quanto aos seus antecedentes clínicos verificou-se que, apesar da grande maioria ter diabetes e hipertensão arterial, também sofriam de uma grande variedade de outras patologias crónicas relacionadas com funções da pressão arterial (90%) consequentes de HTA e funções do sistema metabólico e endócrino (90%) consequente de uma variedade de patologias, mas que incluíram sempre a Diabetes. Esta última patologia constitui uma condição crónica com grande impacto em termos de incapacidade causando doença cardiovascular, retinopatia, neuropatia, falência renal e amputação dos membros inferiores. Segundo a OECD em 2019 Portugal apresenta uma prevalência elevada de 9,8% relativamente a média dos países seus constituintes o que corrobora a alta prevalência encontrada na amostra ⁽³¹⁾.

Também encontramos uma grande variedade de outras condições crónicas coexistentes num mesmo paciente que afetam entre 50 a 70% da amostra, nomeadamente funções corporais ligadas ao sistema cardíaco, funções mentais, funções dos vasos sanguíneos, funções do sistema hematológico e imunológico, funções do aparelho digestivo, funções das articulações e dos ossos e funções motoras. Isto vem reforçar a constatação em um relatório da OECD (2021b) que estes problemas de saúde representam uma grande fator de incapacidade na população, onde mais de 40% da população portuguesa maior de 15 anos foi descrita como possuidora de doença crónica ou problema de saúde (valor médio correspondente nos países da OCDE - 33%). Também à medida que observaram a população mais idosa esta apresentou dados compatíveis com uma maior prevalência de doenças crónicas e multimorbilidade.

O método de aplicação de programa de capacitação para cuidadores baseado em sessões teórico-práticas, em ambiente domiciliário, com apoio de material informativo em papel e supervisão próxima mostrou-se muito efetivo com 90% dos cuidadores a demonstrar domínio de 8 a 10 dos itens avaliados. Para este resultado também pode ter contribuído às características básicas dos cuidados transmitidos que são compatíveis com o baixo nível escolar dos cuidadores.

Métodos similares também foram utilizados com sucesso incluídos em uma revisão sistemática de 2020 ⁽²⁰⁾. Mais especificamente em um estudo de Raposo et al. ⁽³²⁾, que consistiu na capacitação do cuidador familiar para o posicionamento anti-espástico no cuidado à pessoa vítima de AVC com elevada dependência e portador de espasticidade, também se conseguiu demonstrar que no final das sessões o cuidador domina os conhecimentos teórico-práticos transmitidos aumentando a validade dos resultados obtidos na pessoa alvo de cuidados na medida em que estes provavelmente se devem à ação diferenciada do cuidador pós capacitação.

Também o estudo de Santos ⁽¹⁶⁾ sobre o Papel do EEER na capacitação do cuidador informal foi possível evidenciar a importância do cuidador informal e da visita domiciliária no projeto de saúde da Pessoa, assim como o papel fundamental do EEER na capacitação do cuidador informal através da educação para a saúde e das intervenções implementadas que se traduziu na obtenção de ganhos em saúde.

No nosso estudo verificou-se que os pacientes alvo de cuidados por parte de cuidadores informais que foram capacitados para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente recuperaram em média **8,90** pontos no seu equilíbrio corporal, sendo este aumento estatisticamente significativo (tabela 6), o que confirma a hipótese 1, ou seja, os pacientes dependentes no domicílio, têm ganhos no equilíbrio, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do mesmo.

No que se refere aos resultados das suas subdimensões que compõe o teste de Tinetti a maioria dos pacientes pontuaram na 1ª subdimensão (avaliação do equilíbrio sentado - 1º ao 9º item). Por contraposição na 2ª subdimensão (avaliação do equilíbrio dinâmico - 10º ao 19º item) tiveram poucos pontos sendo que na avaliação inicial a maioria dos itens avaliados tiveram a pontuação de zero valores. Assim na nossa perspectiva a análise comparativa por subdimensões não é mais informativa comparativamente com a análise dos resultados totais do teste de Tinetti.

No estudo de caso de Gil, Sousa e Martins ⁽³³⁾ em pessoa de 65 anos, previamente independentes e agora semidependente nas AVDs pós alta hospitalar recente, com alterações da cognição, perda da capacidade de marcha e equilíbrio comprometido, e com síndrome de fragilidade associada. Posteriormente foi aplicado um programa de reabilitação focado Equilíbrio corporal comprometido e fortalecimento muscular que resultou em ganhos no equilíbrio estático e dinâmico, apresentando 19 pontos na avaliação inicial (dia 1) e 27 pontos na avaliação final (dia 9) com recurso ao Teste de Tinetti. Ou seja, constataram um ganho **8** pontos.

No estudo de Martínez-Amat et al. ⁽³⁴⁾ também observaram ganhos de equilíbrio significativos após aplicação de programa de treino propriocetivo focado no controlo postural, marcha e equilíbrio dinâmico e prevenção de quedas em idosos na comunidade. Segundo o teste de Tinetti, foi observado uma pontuação média inicial de 22,9 e pontuação média final de 26,2. Assim, no final do programa constatou-se um ganho médio em equilíbrio de **3,3** pontos.

Em um outro estudo, realizado por Garcia et al. ⁽¹⁸⁾, também foi aplicado um programa de Enfermagem de Reabilitação ao idoso ligado ao equilíbrio nomeadamente ao treino propriocetivo. Segundo o teste de Tinetti, foi observado uma pontuação média inicial de 23,83 e pontuação média final de 27,50. Assim, no final do programa constatou-se um ganho médio em equilíbrio de **3,67** pontos.

Assim, todos estes 3 estudos atrás citados corroboram os nossos resultados na medida em que a aplicação de um programa de reabilitação focado no equilíbrio leva a ganhos significativos. Todavia, enquanto o nosso estudo tem uma abordagem indireta capacitando os cuidadores informais para cuidados básicos relativos ao equilíbrio corporal sentado, estes estudos utilizam um método de intervenção direto sendo aplicado por profissionais diferenciados, atingindo níveis de equilíbrio elevados. Desta forma apesar de apresentarmos ganhos significativos a nossa base inicial de atuação é mais baixa pressupondo a necessidade de intervenção posterior especializada direta para conseguirmos também níveis mais elevados de equilíbrio.

No nosso estudo verificou-se que os pacientes alvo de cuidados por parte de cuidadores informais que foram capacitados para a abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente recuperaram em média **21,00** pontos no seu nível de autonomia, sendo este aumento estatisticamente significativo (tabela 7), o que confirma a hipótese 2 ou seja os

pacientes dependentes no domicílio, têm ganhos na autonomia, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do equilíbrio.

Também ao analisarmos os resultados referentes a cada subdimensão do Índice de Barthel na avaliação inicial e final (tabela 7) constatamos ganhos em todas as subdimensões, exceto na subdimensão “Banho”. Nesta atividade básica de vida diária os pacientes se mantiveram totalmente dependentes pontuando zero. Destas as subdimensões em que o aumento foi estatisticamente significativo foram: “**Evacuar**” (ganho médio de 2.50 pontos); “**Alimentar-se**” (ganho médio de 5,00 pontos); “**Transferências (cadeira/cama)**” (ganho médio de 4,00 pontos); “**Vestir-se**” (ganho médio de 2,50 pontos); e “**Escadas**” (ganho médio de 2.00 pontos).

Isto pressupõe que o programa de capacitação para o respetivo cuidador informal teve uma influência benéfica no grau de autonomia nos pacientes dependentes alvo de cuidados pelos cuidadores informais em ambiente domiciliário especialmente nas atividades básicas de vida diária: controlo da eliminação intestinal, alimentação, transferências (cadeira/cama), vestuário e utilização de escadas.

No mesmo estudo atrás mencionado de Gil, Sousa e Martins ⁽³³⁾ também constatamos ganhos a nível de autonomia à medida que o programa focado no equilíbrio era implementado nomeadamente: dia 5 do programa deixou de necessitar de ajuda do marido para o autocuidado da **higiene**; dia 7 passou a ser capaz de **subir e descer escadas** da sua habitação com recurso apenas ao corrimão; dia 8 já era capaz de **ir ao café** com ajuda de terceiros; dia 9 foi capaz de fazer o mesmo percurso sem ajuda e sem perda de equilíbrio. Todavia ao contrário do nosso estudo os ganhos constatados também incluíram atividades instrumentais da vida diária que são mais complexas. Isto pode ser explicado pelo nível inicial de autonomia mais baixo dos pacientes alvo de cuidados no nosso estudo.

CONCLUSÃO

Durante a elaboração deste trabalho procuramos avaliar o contributo de um programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal de pacientes dependentes em contexto domiciliário.

No nosso estudo encontramos uma amostra com cuidadores informais em que na sua maioria são do género feminino, próximo do final da idade ativa, com uma média de idades de 61,9 anos, com escolaridade entre o 1º e 2º ciclo, inativa no mercado de trabalho, com necessidade de serviços de apoio domiciliário.

Relativamente aos pacientes dependentes alvo de cuidados são na sua maioria do género feminino, com várias comorbilidades mas que incluíam na sua grande maioria afeções que afetavam a função corporal ligadas à pressão arterial e sistema metabólico e endócrino como a HTA e Diabetes respetivamente, com uma média de idade de 80,8 anos, com equilíbrio estático e dinâmico comprometido (pontuação média no Teste de Tinetti de 2,10), e com grave dependência ou dependência total (pontuação média no Índice de Barthel de 20,05).

Após aplicação do programa de capacitação ao cuidador informal verificou-se que conseguimos ganhos significativos nos pacientes alvo de cuidados, ao nível do equilíbrio, mais especificamente de 8,90 pontos no Teste de Tinetti e ao nível da autonomia, mais especificamente 21,00 pontos no Índice de Barthel.

Também se verificou ganhos significativos nas subdimensões: “Evacuar” (ganho médio de 2.50 pontos); “Alimentar-se” (ganho médio de 5,00 pontos); “Transferências (cadeira/cama)” (ganho médio de 4,00 pontos); “Vestir-se” (ganho médio de 2,50 pontos); e “Escadas” (ganho médio de 2.00 pontos).

Estes resultados fazem-nos concluir que pessoas no domicílio com um grau elevado de dependência podem usufruir de cuidados básicos ligados ao equilíbrio estático sentado, desde que o seu cuidador esteja capacitado para isso, contribuindo para ganhos no seu equilíbrio e autonomia.

Porém, temos de interpretar estas conclusões à luz das limitações inerentes ao desenvolvimento deste trabalho específico em contexto profissional, nomeadamente o tempo limitado em que teve de ser desenvolvido, e o tamanho da amostra foi sujeito às circunstâncias encontradas o que se traduziu num tamanho menor do que inicialmente planeado.

No entanto *é importante referir que* os resultados do nosso estudo reforçam a importância de se pensar e concretizar programas de Enfermagem de Reabilitação mais avançados e ou com objetivos mais altos, a serem desenvolvidos em contexto de visita domiciliária, podendo assim contribuir para a capacitação do cuidador informal e ganhos em saúde da pessoa dependente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde [Internet]. 2006 [cited 2021 Nov 2]. p. 4. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas de Saúde - 2019. 2021 [cited 2021 Oct 31];1–74. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
3. Assembleia da República. Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro [Internet]. Diário da República, 1ª série nº171; Sep 6, 2019 p. 3–16. Available from: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre/pt/html>
4. Bento M da CS da SC. Contributos para a definição de um modelo organizacional dos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado e seus cuidadores, em contexto domiciliário : estudo realizado nas ECCI do ACES do Baixo Mondengo. 2021.
5. Romero DH, Stelmach GE. Changes in postural control with aging and Parkinson’s disease. IEEE Eng Med Biol Mag Q Mag Eng Med Biol Soc. 2003;22(2):27–31.
6. Benjuya N, Melzer I, Kaplanski J. Aging-induced shifts from a reliance on sensory input to muscle cocontraction during balanced standing. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004 Feb;59(2):166–71.
7. Prieto TE, Myklebust JB, Hoffmann RG, Lovett EG, Myklebust BM. Measures of postural steadiness: differences between healthy young and elderly adults. IEEE Trans Biomed Eng. 1996 Sep;43(9):956–66.
8. Toubarro F. Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. In Lusodidacta; 2016. Available from: <https://books.google.pt/books?id=CAvstAEACAAJ>
9. Walston JD. Frailty - UpToDate [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/frailty?search=sindroma de fragilidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/frailty?search=sindroma%20de%20fragilidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
10. Freitas P, Barela JA. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos. Uso da informação visual. [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://doi.org/10.5628/rpcd.06.01.94>

11. Januário F, Amaral C. Vol 19 I Nº 2 I Ano [Internet]. Vol. 18, Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. 2010 Mar [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/42>
12. Martins T, Morim A, Sousa MR, Bastos F. A pessoa dependente e o familiar cuidador [Internet]. Edições Enfermagem. Porto; 2016. Available from: <https://books.google.pt/books?id=kJaVswEACAAJ>
13. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação: Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. 2019.
14. Martins J, Albuquerque G, Nascimento E, Barra D, Souza W, Pacheco W. Necessities of education in the health of elderly in-house caregivers. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2007 Apr;16(2):254–62. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106200692&lang=pt-br&site=ehost-live>
15. Silva M. Que intervenções do Enfermeiro de Reabilitação capacitam o cuidador informal para a continuidade dos cuidados, ao idoso com AVC, na comunidade? Que Interv do Enferm Reabil Capacit o Cuid informal para a Contin dos Cuid ao idoso com AVC, na comunidade? [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 2]; Available from: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1661>
16. Santos CA da S. O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura. 2018 Feb 20 [cited 2021 Nov 2]; Available from: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5465>
17. Forster A, Lambley R, JB Y. Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing* [Internet]. 2010 Mar;39(2):169–75. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105310465&lang=pt-br&site=ehost-live>
18. Garcia S, Cunha M, Mendes E, Preto L, Novo A. IMPACTO DE UM TREINO PROPRIOCETIVO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS. *Rev Port Enferm Reabil* [Internet]. 2019 Jun 28;2(1 SE-Artigo):102–7. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/134>
19. Clegg AP, Barber SE, Young JB, Forster A, Iliffe SJ. Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. *Rev Clin Gerontol* [Internet]. 2012/08/24. 2012 Feb;22(1):68–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27226701>
20. Stookey AD, Katzel LI. Home Exercise Interventions in Frail Older Adults. *Curr Geriatr reports*. 2020 Sep;9(3):163–75.
21. Shirley Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação Processo e Aplicação*. 2ª Edição. Lusociência - Edições técnicas e científicas L, editor. Loures: SiG - Sociedade Industrial Gráfica, Lda.; 2000.
22. Fortin MF, Salgueiro NRM. *O processo de investigação*. 3ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
23. Davies PM. *Hemiplegia: Tratamento para pacientes após avc e outras lesões cerebrais*. 2º ed. Editora Manole; 2008.
24. Ribeiro O. *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. 1ª edição. Lisboa: Lidel- Edição e distribuição; 2021.
25. Nascimento M de M. Queda em adultos idosos: considerações sobre a regulação do equilíbrio, estratégias posturais e exercício físico. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 5];13(2):103–10. Available from: <http://www.ggaging.com/export-pdf/534/v13n2a08.pdf>
26. National Institute on Aging. Four Types of Exercise Can Improve Your Health and Physical Ability | [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/four-types-exercise-can-improve-your-health-and-physical-ability>
27. *Deontologia Profissional de Enfermagem*. 2015.
28. Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º140/2019. Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República; 2019.
29. DGS. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa; 2004.
30. OECD. *Informal carers* [Internet]. 2021. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_0ebfc7c0-en

31. OECD. Health at a Glance 2021 [Internet]. Health at a Glance 2021. OECD; 2021 [cited 2022 Mar 11]. 274 p. (Health at a Glance). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
32. Raposo P, Relhas L, Pestana H, Mesquita AC, Sousa L. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR APÓS AVC: ESTUDO DE CASO. Rev Port Enferm Reabil [Internet]. 2020 Oct 27 [cited 2021 Oct 20];3(Sup 1):18–28. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/92>
33. Gil A, Sousa F, Martins MM. Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso – Estudo de Caso. Rev Port Enferm Reabil [Internet]. 2020;3(2):27–35. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/61>
34. Martínez-Amat A, Hita-Contreras F, Lomas-Vega R, Caballero-Martínez I, Alvarez PJ, Martínez-López E. Effects of 12-week proprioception training program on postural stability, gait, and balance in older adults: a controlled clinical trial. J strength Cond Res. 2013 Aug;27(8):2180–8.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Concetualização: D. P.; S. M.; S. F.

Curadoria dos dados: D. P.; S. M.; S. F.

Análise formal: D. P.; S. M.; S. F.

Investigação: D. P.; S. M.; S. F.

Metodologia: D. P.; S. M.; S. F.

Administração do projeto: D. P.; S. M.; S. F.

Recursos: D. P.; S. M.; S. F.

Software: D. P.; S. M.; S. F.

Supervisão: D. P.; S. M.; S. F.

Validação: D. P.; S. M.; S. F.

Visualização: D. P.; S. M.; S. F.

Redação do rascunho original: D. P.; S. M.; S. F.

Redação - revisão e edição: D. P.; S. M.; S. F.

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

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Norte (documento 9-2022_20210100).

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:

Não comissionado; revisto externamente por pares.