



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# Impacto da capacitação do cuidador informal no equilíbrio corporal da pessoa dependente em contexto domiciliário

Ezequiel David Mesquita Pinto

Novembro, 2022

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Ezequiel David Mesquita Pinto

Estágio de Natureza Profissional

com Relatório Final

**Impacto da capacitação do cuidador informal na  
abordagem do equilíbrio corporal da pessoa dependente  
em contexto domiciliário**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

Relatório efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Mestre Sérgio Pedro Nascimento Magalhães

Novembro de 2022

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, agradeço a orientação, compreensão e incentivo prestado durante todo o curso e especialmente nesta fase final.

Ao Mestre Sérgio Pedro Nascimento Magalhães, que me recebeu e me deu apoio e orientação durante o Estágio Profissional.

À Enfermeira Especialista em Reabilitação Teresa da Assunção Lourenço da Fonseca e restante equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde que também me recebeu, apoiou e que sem a sua colaboração e entusiasmo não seria possível a execução deste trabalho de investigação.

Aos utentes da ECCI de Ermesinde e seus familiares cuidadores que participaram nas atividades deste estágio, pois sem eles nada disto faria sentido.

À Enfermeira Especialista em Reabilitação Patrícia Araújo do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Universitário São João que me orientou no Estágio de Enfermagem de Reabilitação em Neurologia, agradeço a seu apoio e orientação que me inspirou na elaboração deste trabalho de investigação.

Aos meus colegas do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que sempre me mostraram uma camaradagem sem igual.

A minha esposa e restante família que me apoiou incondicionalmente e incentivou a realizar este percurso académico.

A Deus agradeço a Luz, Coração e Sabedoria com que procuro trilhar o meu caminho com os outros.

## **PENSAMENTO**

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

## RESUMO

O presente relatório reporta-se ao Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto III Maia-Valongo, cujo objetivo geral foi desenvolver competências comuns e específicas na prática da Enfermagem de Reabilitação através da integração da formação académica adquirida com o exercício profissional em contexto real, incluindo também uma componente de investigação.

**Contexto e objetivo:** A população portuguesa está cada vez mais envelhecida e a franja mais idosa, para além do declínio de algumas capacidades físicas e cognitivas, sofre ainda o aumento crescente do peso das doenças crónicas e degenerativas. Exemplos deste declínio é a perda de força muscular, alterações do padrão da marcha, diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação sensório-motora, da mobilidade articular e, conseqüentemente comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico. Por outro lado, observa-se uma vontade da sociedade de cuidar destas pessoas em ambiente domiciliário, o mais tempo possível, o que dá uma enorme relevância à figura do cuidador informal e às suas necessidades educativas. Assim, o EEER assume também um papel de suporte ao cuidador familiar concebendo intervenções individualizadas (à pessoa dependente, familiar cuidadora e família ou suporte social equivalente) dirigidas à componente cognitiva, comportamental e emocional de todos os elementos envolvidos no processo de cuidar.

Desta forma, decidimos abordar a seguinte **questão de investigação** - Quais os efeitos de um programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal à pessoa dependente em contexto domiciliário?

Através desta questão definimos como objetivo geral avaliar o impacto do programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário.

Como objetivos específicos definimos: caracterizar os conhecimentos de um grupo de cuidadores informais à pessoa dependente em contexto domiciliário sobre equilíbrio corporal, antes e após a aplicação do programa de capacitação para o equilíbrio estático sentado; avaliar o impacto da capacitação do cuidador informal no equilíbrio corporal e autonomia na respetiva pessoa dependente em contexto domiciliário; avaliar a correlação entre as alterações decorrentes no equilíbrio corporal com autonomia e também com as variáveis sociodemográficas na pessoa dependente em contexto domiciliário após capacitação do respetivo cuidador informal.

**Método:** O desenho metodológico escolhido foi o quase experimental de grupo único com observação antes e depois da intervenção. A amostra foi de cariz não probabilística e por conveniência. Abrangeu 10 cuidadores informais e respetiva pessoa dependente alvo de cuidados. Os cuidadores eram na sua maioria do género feminino (90,0%), próximos do final da idade ativa (idade média de 61,90 anos), com necessidade de apoio domiciliário (60%). Quanto aos utentes dependentes alvo de cuidados, são na sua maioria do género feminino (70,0%), com várias comorbilidades 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 (90%), e na sua maioria idosos (média de idade de 80,8 anos).

Para a recolha de dados foi utilizado um formulário sociodemográfico, pesquisa no processo clínico informatizado do utente, grelha de observação, Teste de Tinetti e o Índice de Barthel.

**Resultados:** Na avaliação inicial à pessoa alvo de cuidados apresentaram 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 a aplicação do programa de capacitação ao cuidador informal verificamos ganhos médios significativos nos utentes alvo de cuidados em equilíbrio e autonomia (8,90 pontos no Teste de Tinetti e 21,00 pontos no Índice de Barthel).

**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, o que se reflete em ganhos no seu equilíbrio e autonomia.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Equilíbrio estático; Cuidador informal, Capacitação, Idoso.

## ABSTRACT

This report on the Professional Internship at the Community Care Unit of Ermesinde, Group of Health Centers Grande Porto III Maia-Valongo, have as general objective to develop common and specific skills in the practice of Rehabilitation Nursing through the integration of the academic training acquired through professional practice in a real context, also including a research component.

**Context and Objective:** The Portuguese population is increasingly aging and the elderly fringe, in addition to the decline of some physical and cognitive abilities, also suffers an increasing burden of chronic and degenerative diseases. An example of this deterioration is the loss of muscle strength, change in gait pattern, diminished flexibility, reduced agility, loss of sensory-motor coordination, diminished joint mobility and consequently impairment of static and dynamic balance. On the other hand, there is a desire on the part of society to take care of these people in a home environment for as long as possible, which gives enormous relevance to the figure of the informal caregiver and their educational needs. Thus, the Rehabilitation Nurse also assumes a role of support for the family caregiver designing individualized interventions (to the dependent person, family caregiver and family or equivalent social support) aimed at the cognitive, behavioral and emotional component of all the elements involved in the caregiving process.

In this way, we decided to address the following research question - What are the effects of a training program for informal caregivers in approaching the body balance of the long-term care users at home?

Through this question, we defined as a general objective to evaluate the impact of the training program for informal caregivers in the approach to body balance in the dependent person at home.

As specific objectives we defined the following items: to characterize the knowledge of a group of informal caregivers to the dependent person at home about body balance before and after the application of the training program for static sitting balance; assess the impact of informal caregiver training on body balance and autonomy on the respective dependent person at home; to evaluate the correlation between the changes resulting from the body balance with autonomy and also with the sociodemographic variables in the dependent person at home after training the respective informal caregiver.

**Method:** The methodological design chosen was the quasi-experimental single group with observation before and after the intervention. The sample was non-probabilistic and by convenience. It included 10 informal caregivers and their dependent person being cared

for. Caregivers were mostly female (90.0%), near the end of working age (average age of 61.90 years), in need of home support (60%). As for the long-term care users they were mostly female (70.0%), with several comorbidities that included, for the most part, conditions that affected body function linked to blood pressure and metabolic and endocrine systems such as hypertension and Diabetes respectively (90%), and mostly elderly (mean age 80.8 years).

For data collection was used a sociodemographic form, a research in the computerized clinical file of the user, an observation grid, the Tinetti Test and the Barthel Index.

**Results:** In the initial assessment, the long-term care user showed impairment of static and dynamic balance (average score on the Tinetti Test of 2.10) and severe or total dependence (average score on the Barthel Index of 20.05).

After applying the training program to the informal caregiver, we found significant average gains in balance and autonomy care on the dependent persons (8.90 points in the Tinetti Test and 21.00 points in the Barthel Index).

**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.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Static balance; Informal caregiver, Training, Elderly.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACeS: Agrupamento de Centros de saúde

ARSN: Administração Regional de Saúde do Norte

AVDs: Atividades de vida diária

CI: Cuidador informal

ECCL: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

H: Hipótese

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

r: Teste estatístico de Spearman

RAI: Responsável pelo Acesso à Informação

SNC: Sistema Nervoso Central

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

W: Teste de normalidade de Shapiro-Wilk

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>II</b>
<b>PENSAMENTO</b> .....	<b>III</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>INDICE DE TABELAS</b> .....	<b>XII</b>
<b>INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	<b>14</b>
<b>CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	<b>15</b>
ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DENTRO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO .....	16
<b>CAPÍTULO I: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
1.1. DESAFIOS EM SAÚDE DE UMA SOCIEDADE CADA VEZ MAIS ENVELHECIDA .....	20
1.2. NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE UMA PESSOA DEPENDENTE .....	22
1.3. O PAPEL DO EEER NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL.....	26
1.4. SÍNDROME DE FRAGILIDADE E ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO .....	28
1.5. EQUILÍBRIO E CONTROLO POSTURAL .....	29
1.6. TREINO DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS.....	32
1.6.1. <i>Treino de equilíbrio em pessoas idosas dependentes no domicílio</i> .....	34
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	37
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	38
2.3. VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES E SUA OPERACIONALIZAÇÃO .....	38
2.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	40
2.5. PROCEDIMENTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO AO CUIDADOR INFORMAL E RECOLHA DE DADOS.....	42
2.6. TRATAMENTO DE DADOS.....	43
2.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	44
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	46
3.2. CONHECIMENTOS DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO AO CUIDADOR INFORMAL.....	51
3.3. DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AOS GANHOS NO EQUILÍBRIO CORPORAL DO UTENTE .....	53
3.4. DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AOS GANHOS NA AUTONOMIA DO UTENTE .....	55

3.5. IMPLICAÇÕES DO EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA .....	58
3.6. RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR INFORMAL E OS GANHOS NO EQUILÍBRIO E EM AUTONOMIA .....	59
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
4.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	62
4.2. CONHECIMENTOS SOBRE EQUILÍBRIO CORPORAL, DE UM GRUPO DE CUIDADORES INFORMAIS NA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO, ANTES E APÓS A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO .....	63
4.3. IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL NA ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL NO EQUILÍBRIO DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO .....	64
4.4. CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO DA PESSOA DEPENDENTE E O IMPACTO NA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO .....	65
4.5. RELAÇÃO ENTRE EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO APÓS CAPACITAÇÃO DO RESPECTIVO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL .....	66
4.6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR INFORMAL E AS ALTERAÇÕES DECORRENTES NO EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NA PESSOA DEPENDENTE .....	66
<b>5. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>68</b>
<b>6. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO II: PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSÃO GERAL .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>
ANEXO A: TESTE DE TINETTI E ÍNDICE DE BARTHEL .....	85
ANEXO B – DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DA APRECIÇÃO POSITIVA PARA A REALIZAÇÃO DESTE ESTUDO POR PARTE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSN E RAI DO ACES MAIA-VALONGO .....	93
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES MAIA-VALONGO E COORDENADORA DA UCC ERMESINDE PARA A REALIZAÇÃO DESTE ESTUDO. ....	97
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>

APÊNDICE I – PLANO DE SESSÕES DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS PARA O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO E BROCHURA DE APOIO UTILIZADA. .....	100
APÊNDICE II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ENVIADO PARA ÀS DIVERSAS ENTIDADES RESPONSÁVEIS PARA APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	106
APÊNDICE III: MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	146
APÊNDICE IV – FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	149
APÊNDICE V – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PRÉ E PÓS ACÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DO CUIDADOR INFORMAL NO UTENTE ALVO DE CUIDADOS SOBRE EQUILÍBRIO SENTADO ESTÁTICO .....	153
APÊNDICE VI – FOTOGRAFIAS DE UTENTES DEPENDENTES CUJOS CUIDADORES INFORMAIS PARTICIPARAM NO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO .....	155

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo distribuição da idade (anos) do utente e seu cuidador .....	46
Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo a distribuição do género nos cuidadores informais .....	46
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a distribuição do género nos utentes.....	46
Tabela 4 – Funções corporais afetadas de acordo com os antecedentes clínicos dos utentes.....	47
Tabela 5 – Habilitações literárias do cuidador informal .....	48
Tabela 6 – Estado civil do cuidador informal.....	48
Tabela 7- Relação de parentesco do cuidador informal relativo ao utente alvo de cuidados .....	48
Tabela 8 – Número de elementos do agregado familiar a que pertence o utente alvo de cuidados, incluindo o respetivo cuidador informal. ....	49
Tabela 9 - Situação profissional do cuidador informal.....	49
Tabela 10 – Área de atividade económica onde o cuidador informal exerce atividades ...	49
Tabela 11 – Perceção da sua situação económica enquanto agregado familiar .....	50
Tabela 12 – Utentes alvo de cuidados beneficiários de apoio domiciliário .....	50
Tabela 13 – Tipo de apoio domiciliário.....	51
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo os itens verificados na grelha de observação antes e depois do programa de capacitação para o cuidador informal.....	52
Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a quantidade de itens verificados na grelha de observação antes e depois do programa de capacitação para o cuidador informal.....	53
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo os valores totais do Teste de Tinetti e suas dimensões aplicado aos utentes alvos de cuidados no início e final do programa de capacitação do CI .....	54
Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo a comparação do teste de Tinetti realizados na 1ª sessão e na 6ª sessão (n=10) .....	55
Tabela 18 - Distribuição da amostra segundo os valores totais do Índice de Barthel e suas dimensões aplicado aos utentes alvos de cuidados no início e final do programa de capacitação do cuidador informal (n=10) .....	56
Tabela 19 – Resultados do Teste T de amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação do Índice de Barthel.....	57
Tabela 20 - Resultados do Teste de Wilcoxon de amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação de cada subdimensão do Índice de Barthel. ....	58

Tabela 21 – Resultados do teste de correlação de Spearman entre o Teste de Tinetti e Índice de Barthel no momento inicial e final de avaliação .....	59
Tabela 22 – Resultados da correlação de Spearman entre valor do Teste de Tinetti Total (1ª sessão) e a “Profissão do cuidador” .....	61
Tabela 23 - Resultados da correlação de Spearman entre o Índice de Barthel Total (1ª sessão) e o “Estado de civil do cuidador” .....	61

## INTRODUÇÃO GERAL

O presente relatório surge no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo dentro do qual realizei o Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III- Maia-Valongo.

Este estágio decorreu ao longo de 24 semanas, no período de 11 de Outubro a 31 de março de 2022, com uma carga horária presencial de 390 horas de contacto, sob a orientação e gestão pedagógica da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira e coorientação do Mestre Sérgio Pedro Nascimento Magalhães.

De acordo com o Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2021, p4)

“este estágio tem como finalidade “complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho”.

Assim este Relatório Final descreve de forma fundamentada e reflexiva as atividades desenvolvidas em contexto real e explicita as competências profissionais adquiridas ou aprimoradas, incluindo também uma componente de investigação.

Neste contexto propus-me realizar um trabalho de investigação com o objetivo de desenvolver competências na prática de investigação no âmbito dos cuidados à pessoa com necessidades na área de Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Este relatório é constituído por várias partes nomeadamente: introdução geral; caracterização do contexto da prática clínica e da unidade funcional onde foi realizado o estágio e caracterização da prática clínica dentro da estrutura organizacional do serviço; segue-se a apresentação do trabalho de investigação desenvolvido no contexto; análise e reflexão crítica do processo formativo ao longo do estágio de Natureza profissional, onde há referência ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro de Reabilitação e por fim é apresentada conclusão geral.

# **CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA**

O Estágio de Natureza Profissional foi realizado no ACeS Grande Porto III — Maia/Valongo, criado através da Portaria 310/2012, de 10 de outubro, resultando da fusão dos ACES do Grande Porto III -Valongo e do Grande Porto IV- Maia.

No plano de desempenho deste ACES foram identificadas cinco áreas prioritárias de atuação resultante das necessidades de saúde sendo elas: fatores de risco biológico das doenças crónicas mais prevalentes: hipertensão arterial e alteração do metabolismo dos lípidos; fatores de risco biológico das doenças crónicas mais prevalentes: obesidade e excesso de peso; fatores de risco modificáveis pelo comportamento: dieta não saudável; fatores de risco modificáveis pelo comportamento: atividade física e fatores de risco modificáveis pelo comportamento: abuso do álcool, tabaco e substâncias ilícitas. Neste contexto cada unidade funcional do ACES no seu plano de ação e tendo em conta a carteira de serviços atua no cumprimento da missão e integra o seu desempenho em função das áreas definidas como prioritárias desenvolvendo projetos que visem dar respostas as necessidades identificadas.

A UCC de Ermesinde abrange uma área geográfica de 18,7 km<sup>2</sup>, relativas às freguesias de Ermesinde (7,6 km<sup>2</sup>) e de Alfena (11,1 km<sup>2</sup>) com uma população residente de 53.534 indivíduos, destes 25.254 são do género masculino e 28.280 do género feminino; sendo 39.095 na freguesia de Ermesinde e 14.439 na freguesia de Alfena. Também é de referir que a população com 65 ou mais anos é de 8.806 indivíduos na freguesia de Ermesinde e 2.924 indivíduos na freguesia de Alfena o que representa uma variação positiva de 44% em relação aos dados dos censos de 2011 (INE, 2021a). Outros aspetos demográficos da área de Valongo em 2020 e por conseguinte de especial interesse para o plano de ação desta unidade funcional correspondem ao índice de envelhecimento de 134,5 (valor nacional de 167), e o índice de dependência de idosos de 27,8 (valor nacional de 35) (INE, 2021b).

De acordo com o Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho, compete à UCC prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa da UCC compreende três enfermeiros especialistas na área de reabilitação, dois de saúde comunitária, dois de saúde materna e obstetrícia, um de saúde infantil e pediatria, dois de cuidados gerais e uma assistente técnica. Esta unidade também se articula com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados alocando horas de trabalho à ECCI de Ermesinde, nas seguintes áreas de competência: Serviço Social, Psicologia, Ciências da Nutrição e Terapia da Fala. Atualmente, em relação à ECCI o apoio médico é dado pelos médicos de família de cada utente.

## ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DENTRO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (*Decreto-Lei n.º 101/2006 | DRE, 2006*). A equipa da ECCI assegura cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas. Na ECCI os cuidados de enfermagem são prestados segundo o método gestor de caso, ou seja, o enfermeiro fica responsável pela globalidade dos cuidados prestados aos utentes em que é gestor de caso, prestando cuidados gerais de enfermagem e de reabilitação. Esta ECCI tem uma lotação de 15 camas, sendo os principais motivos de referência a reabilitação, o ensino ao cuidador, a gestão do regime terapêutico e tratamento de feridas. Assim tive a oportunidade de exercer funções na UCC mas especificamente em coordenação com a restante equipa da ECCI.

## **CAPÍTULO I: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

# INTRODUÇÃO

Um dos desafios desde estágio profissional foi contribuir para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais e conseqüentemente melhorar a qualidade dos cuidados. Assim procurei delinear um projeto de investigação em que desenvolvesse competências na prática de investigação no âmbito dos cuidados à pessoa com necessidades na área da Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para uma prática baseada na evidência; e que fosse exequível tendo em conta o tempo disponível de 24 semanas e os recursos materiais e humanos disponíveis na UCC.

Assim, na fase inicial do estágio, além da integração nas atividades da UCC, iniciei a pesquisa das necessidades da UCC em termos funcionais como também das necessidades dos seus utentes. Nessa pesquisa analisei projetos já existentes, nomeadamente o projeto de apoio no domicílio a utentes que utilizam ventilação mecânica prolongada, projeto de reabilitação motora de idosos em ambiente de ginásio; ideias dos profissionais de saúde para melhorar os cuidados; e as necessidades dos utentes da área de Enfermagem de Reabilitação (formação, investigação ou prestação de cuidados).

Um dos problemas identificados pela equipa foi o número aparentemente alto de readmissões em termos de ECCI e seria interessante explorar esse tema em termos de impacto e causas no sentido de contribuir para uma maior eficiência nas respostas da ECCI. Todavia, após analisar as implicações dum projeto com esta finalidade, conclui que não seria exequível tendo em conta o tempo de estágio disponível. Por exemplo seria necessário realizar pesquisa em bases de dados digitais da UCC que poderiam não ter dados totalmente padronizados o que implicaria mais tempo de pesquisa. Por outro lado esta linha de investigação não implicava ação direta sobre os utentes na comunidade e seria apenas um exercício de investigação baseado em pesquisa de base de dados.

Conseqüentemente procurei enveredar por uma linha de investigação que fosse exequível tendo em conta o tempo de estágio, recursos disponíveis e expectativas presentes na equipa da UCC. Além disso também queria estudar e desenvolver competências práticas numa área de meu particular interesse, como a Enfermagem de Reabilitação em doentes com afeções neuromusculares, através de uma prática baseada na evidência.

Durante a fase inicial do estágio constatei que na maioria dos casos os alvos da ação da ECCI eram utentes idosos dependentes em várias AVDs referenciados por síndrome de desuso. Também foi possível verificar que os respetivos cuidadores informais apresentavam muitas necessidades, incluindo necessidades formativas, que implicava limitações na sua gestão e prestação de cuidados básicos. Mais especificamente deparei-

me em alguns casos com necessidade de intervenção da ECCI a nível de ensino para a saúde, otimização da gestão cuidados básicos, reorganização do espaço físico e recursos disponíveis ao utente e respetivo cuidador, assim como a prestação direta de cuidados de enfermagem de reabilitação especializados que eram difíceis integrar dentro do tempo disponível para visitação domiciliária. Isto era especialmente evidente na reabilitação neuromuscular em que muitas vezes era necessário aumentar a frequência das visitas para ter um impacto significativo na reabilitação do utente. Por exemplo antes de ensinar, instruir e treinar a marcha a um doente dependente na locomoção por uma afeção neurológica, este tinha de ter resolvido outros problemas previamente como o equilíbrio ou o movimento corporal comprometido, o que implicava mais tempo de ação direta por parte do EEER.

Com o intuito de otimizar esta relação utente, cuidador informal e EEER propus à equipa estudar o impacto de um programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal à pessoa dependente em contexto domiciliário focado no equilíbrio estático sentado. Este programa de formação seria focado em cuidados básicos específicos que o cuidador informal pudesse aplicar nas restantes 24 horas para além das visitas domiciliárias e que contribuíssem para ganhos de equilíbrio postural decorrentes da ação direta do EEER ou pelo menos a sua não perda. Isto na minha visão poderia aumentar o impacto da ação do EEER melhorando o equilíbrio e mesmo a autonomia dos utentes idosos dependentes com este tipo de problemas.

Esta proposta foi muito bem acolhida pela equipa da UCC pois, além de ser exequível com os recursos humanos, materiais e tempo disponível, correspondia a expectativa de que este novo modo de o Estágio de Natureza Profissional mais alargado proporciona-se uma mais-valia para a UCC. Por outro lado, com esta proposta me era seria possível desenvolver novas competências na área da comunidade e desenvolver cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em utentes com afeções neuromusculares.

Com base nestes pressupostos, chegamos à seguinte questão de investigação:

**Quais os efeitos de um programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário?**

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta seção apresentamos o resultado da pesquisa teórica abrangente e exaustiva relativa ao problema em estudo: Capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário. Por conseguinte abordaremos os seguintes temas: envelhecimento e dependência na AVDs na nossa sociedade, o cuidador informal de uma pessoa dependente, o papel do EEER, síndrome de fragilidade, equilíbrio e controlo postural e treino de equilíbrio em idosos.

## 1.1. DESAFIOS EM SAÚDE DE UMA SOCIEDADE CADA VEZ MAIS ENVELHECIDA

No que se refere aos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, é esperado que em 2050 em média, o aumento da franja da população com 65 ou mais anos. Destes países há 5 países (Itália, Portugal, Grécia, Japão e Coreia) em que este fenómeno é particularmente mais marcado, sendo a percentagem da população com 65 ou mais anos esperada em 2050 correspondente a mais de um terço dos residentes. Esta subida será ainda mais acentuada na franja da população com 80 ou mais anos, estimando-se que em 2050, nestes mesmos 5 países, 1 em cada 8 pessoas terá 80 ou mais anos (OECD, 2021b).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística no triénio 2018-2020, em Portugal, a esperança média de vida aos 65 anos foi estimada em 19,69 anos, sendo 17,76 anos para os homens e 21,11 anos para as mulheres. Estes valores fazem parte duma tendência crescente verificando-se, num espaço de uma década, um aumento de 1,02 anos para os homens e 1,08 anos para as mulheres (*Portal Do INE, 2021*).

Por outro lado, os ganhos na esperança média de vida ao 65 ou mais anos têm diminuído nos anos mais recentes. Isto pode ser explicado em parte pelos desafios de saúde que afetam predominantemente esta faixa etária mais idosa, nomeadamente a epidemia de influenza em 2014-2015 que atingiu particularmente indivíduos mais frágeis e idosos, mas também porque mais recentemente, a pandemia de COVID-19, afetou especialmente as populações mais idosas chegando a diminuir a esperança média de vida em 2020. No espectro de 21 países da OCDE 93% das mortes por COVID-19 ocorreram entre adultos com 60 ou mais anos, subindo para perto de três- quintos entre pessoas com 80 ou mais anos. Assim entre 2019 e 2020 a esperança média de vida aos 65 anos diminui em 18 dos 25 países da OCDE 7,4 meses (OECD, 2021b).

Todavia se ajustarmos estes valores da esperança média de vida para os anos de vida saudável os valores diminuem consideravelmente. Por exemplo os 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019, 7,3 são de vida saudável.

De facto, nesta franja da população a percentagem com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde é de 32,1% em 2020, sendo Portugal um dos países da União Europeia em que este valor é mais elevado comparativamente à média europeia de 24,0% (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Ainda de acordo com estes dados que apontam para as necessidades de saúde crescentes numa população cada vez mais envelhecida estima-se que, de acordo com dados colhidos até 2015, existiam 110335 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios e que destes 43,9% estariam acamadas. Esta população de indivíduos dependentes também tiveram grande impacto nos cuidados hospitalares representando 53160 episódios de internamentos e cerca de 129508 episódios de recurso ao serviço de urgência por ano (OPSS, 2015).

Todavia num estudo europeu com indivíduos com 65 ou mais anos que vivem em casa, com pelo menos uma limitação nas atividades de vida diária ou três ou mais limitações nas atividades de vida diária, constataram que quase metade do 1º grupo e 37% do segundo grupo reportaram que não recebiam apoio informal suficiente por parte de serviços de cuidados de longa duração, em 22 países europeus (OECD, 2021b).

Os cuidados de longa duração podem definir-se como uma variedade de serviços projetados para atender às necessidades de saúde ou de cuidados pessoais de uma pessoa durante um curto ou longo período de tempo. Esses serviços ajudam as pessoas a viver da forma mais independente e segura possível quando não podem mais realizar atividades de vida diária autonomamente (National Institute on Aging, 2017)

Considerando que em 2019 segundo dados da OCDE apenas 1,9% da população com 65 ou mais anos de idade recebiam cuidados de longa duração, enquanto a média dos países seus constituintes era de 10,7%, temos de ter em atenção que apesar de envelhecimento populacional ser um fator explicativo do uso cada vez maior deste tipo de cuidados devemos ter em mente que outro fatores podem interferir nestes valores entre os vários países. Por exemplo a presença ou não de serviço público de cuidados de longa duração e custos associados, ou normas culturais que influenciam até que ponto as famílias cuidam dos seus entes idosos. Muitos países desenvolveram serviços de apoio ao cuidado domiciliário para idosos divergindo dos cuidados de longa duração em instituições. Apesar de esta mudança não ter sido muito significativa relativamente aos países da OCDE (67%

para 68%), Portugal entre 2009 e 2019 foi dos poucos países em que essa mudança foi mais relevante (15% para 35%). (OECD, 2021b).

No final do 1º semestre de 2021 existiam 9289 lugares de internamento na RNCCI em funcionamento, com decréscimo de -0,4 % em relação ao final de 2020, enquanto o número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados ativas foram de 292, crescendo 0,3% em relação ao final de 2020, e as vagas domiciliárias (5652) também obtiveram um acréscimo de 0,3%, sendo que no que se refere à tipologia com maior percentagem de referenciação dentro da RNCCI foi a ECCI que mais cresceu com 36,8% (ACSS - DRS, 2021). Assim atualmente a RNCCI apresenta-se como um sistema de resposta misto em Portugal, em termos de cuidados de longa duração, em que a componente domiciliaria apesar de não ser a maioria vêm gradualmente ganhando mais peso e espaço.

Este panorama é de certa forma corroborado com as orientações explicitadas no relatório de primavera do observatório português dos sistemas de saúde que apontam para um sistema de saúde assente em valores de solidariedade, equidade e coesão; que prime pela integração dos cuidados centrados na pessoa; necessidade de desenvolver redes locais de serviços de proximidade integrando as vertentes sociais e de saúde; valorizar e desenvolver o papel da rede de saúde pública e gestão dos serviços do serviço nacional de saúde focados na saúde das comunidades (OPSS, 2021). Desta forma o sistema de saúde prima por dar resposta aos vários desafios na saúde como a transição demográfica com o aumento acelerado da população idosas e pela redução da população jovem; aumento crescente do peso das doenças crónicas e degenerativas; elevada mortalidade evitável (especificamente prévia aos 70 anos); baixos níveis de bem-estar e qualidade de vida (essencialmente na população com mais de 65 anos); insuficiente aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença; fragmentação dos cuidados prestados (elevada predominância de intervenções episódicas, descontinuadas, reativas e centradas no tratamento da doença)(OPSS, 2021).

## 1.2. NECESSIDADES DO CUIDADOR INFORMAL DE UMA PESSOA DEPENDENTE.

Neste contexto de aumento de esperança média de vida aos 65 anos e uma percentagem significativa com situações de dependência, aliado a uma vontade da sociedade em si de cuidar destas pessoas em ambiente domiciliário o mais tempo possível, deu uma enorme relevância à figura do cuidador familiar informal e às suas necessidades educativas (*Direção-Geral Da Saúde, 2006*).

A definição de cuidador informal segundo Braithwaite citado por Martins (2006, p.102) é

“a pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e pela prestação de cuidados à pessoa dependente”.

Mais recentemente, segundo o novo Estatuto do Cuidador Informal, regulamentado pela Lei nº 100/2019, a 6 de setembro de 2019, capítulo I, artigo 2º (2019, p.9), os cuidadores informais podem ser considerados principais ou não principais. O Cuidador informal principal é definido como:

“o cônjuge, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida dessa de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”.

Já o Cuidador informal não principal define-se como

“o cônjuge, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”.

Esta vontade da sociedade em cuidar dos seus entes dependentes em casa é bem espelhada em um estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto. Este realizou 2314 inquéritos e constatou que 48,6% dos inquiridos, caso confrontados com uma situação de dependência no autocuidado, preferiam serem cuidados em casa se houvesse condições. E Além disso 11,4% preferiam serem cuidados em casa independentemente das condições domiciliárias para o efeito (Gonçalves, 2015).

Em oposição a esta necessidade parece existir uma ligação inversamente proporcional entre estas duas áreas, o cuidado formal e informal. Ou seja em países com serviços de cuidados de longa duração mais fortes existem de modo geral menos indivíduos a providenciar cuidados informais diários. O declínio do agregado familiar, aumento da mobilidade geográfica, aumento progressivo do peso da mulher no mercado de trabalho

apontam que cada vez haja menos pessoas a prestar cuidados informais no futuro. Isto conjuntamente com os efeitos de uma população cada vez mais envelhecida pode levar a uma maior pressão e demanda de serviços de cuidados de longa duração (OECD, 2021a).

A família e amigos são a fonte mais importante de cuidadores informais de pessoas com necessidades de cuidados de longa duração. Tendo em conta os dados disponíveis, em média no que se refere aos países da OCDE, aproximadamente 13% das pessoas com 50 ou mais anos referiram que, em 2019, prestaram cuidados no mínimo semanalmente. Estes valores variam por exemplo entre 20% na Bélgica e menos de 10% em Portugal. Destes cuidadores aqueles que prestavam cuidados de modo mais intensivo ou frequente estão associados a menor ligação ao mercado de trabalho formal quando em idade ativa, taxas de pobreza mais elevadas e uma maior prevalência de problemas de saúde mental. Em resposta a estes problemas cerca de dois terços dos países da OCDE implementaram medidas como período de descanso remunerado ou não remunerado, subsídios para os cuidadores familiares. Alguns países também proporcionam serviços de aconselhamento e ou treino (OECD, 2021).

No que se refere às características mais comuns a maioria dos indivíduos que providenciam cuidados diários informais são mulheres, representando 62% em 2019 subindo este valor para mais de 70% em países como Espanha, Portugal e Grécia. Em dois terços dos casos o alvo de cuidados é o progenitor ou conjugue sendo que os cuidadores mais novos (50-65 anos) tinham uma maior probabilidade de estarem a cuidar de um progenitor, não diariamente e de serem mulheres. Por outro lado os cuidadores informais mais velhos (65 ou mais anos) tinham maior probabilidade de estarem a cuidar do conjugue, de modo diário, podendo igualmente serem homem ou mulher a assumir este papel (OECD, 2021a).

No que se refere as necessidades dos cuidadores informais, num estudo realizado em familiares cuidadores de utentes de ECCI da área de Coimbra constatou-se várias limitações ou défices em áreas como: aquisição de nova informação (3,85%); deslocar o alvo de cuidados em cadeira de rodas (3,85%); assistir no andar (13,08%); gerir o regime terapêutico (15,38%); auxiliar no vestir/despir (26,92%); posicionar na cama (27,69%); assistir ao erguer-se (29,20%); transferência de cama-cadeira (40,00%); dar banho a pessoas dependentes (41,54%). Assim maioritariamente os cuidadores informais em questão 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. Associado a estes problemas inerentes ao cuidado os cuidadores familiares também apresentaram 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 quando estratificaram estes dados pela idade do cuidador familiar notou-se um evidente agravamento do panorama com o aumento da idade (Bento, 2021).

Por outro lado, estes cuidadores também vivenciam dificuldades que limitam a prestação dos cuidados propriamente ditos. No estudo de Costa em 2014 que realizou entrevistas a 11 cuidadores familiares, após alta hospitalar de pessoas dependentes, foram evidenciadas dificuldades como tempo insuficiente para os cuidados com a saúde, falta de apoio de outras pessoas significativas e, entre as facilidades, foi identificada o apoio de outros familiares. As principais estratégias apresentadas pelos cuidadores foram: apoio em crenças religiosas; substituição entre os agentes cuidadores e recursos na comunidade. Ao estudar este fenómeno do cuidador familiar encontraram 3 categorias representativas: mudanças, adaptações e aquisição de competências diretamente ligadas a tornar-se familiar cuidador; estímulos positivos ou negativos à prestação do autocuidado advindos da sua rede apoio familiar ou de pessoas significativas; falta de cuidado por parte dos cuidadores familiares da sua própria saúde, das suas necessidades terapêuticas, buscando o cuidado institucionalizado apenas aquando da agudização da doença, existindo conflito entre o papel de cuidador e a falta de cuidado com a sua própria saúde (Costa & Castro, 2014).

Em um estudo de Shyu (2000) realizado a 16 familiares cuidadores de idosos com fragilidade que foram entrevistados em diferentes fases da transição do hospital para casa do seu familiar: antes da alta; 2 semanas; e 1 mês após a alta. Os resultados revelaram mudanças nas necessidades dos cuidadores familiares nas diferentes fases. Primeiramente, antes da alta hospitalar, quando se preparavam para assumir a responsabilidade de cuidar. Enquanto se preparavam para assumir a responsabilidade de cuidar relataram a necessidade de vários tipos de informações relativas a condição da pessoa doente e a forma de dar resposta às suas necessidades. Após a alta, mas antes que os cuidados domiciliários assumissem um padrão, verificaram a existência de uma incorporação da negociação na adaptação ao seu novo papel como cuidador, evidenciando necessidades de ajuda mais práticas de cuidado e informações mais específicas de acordo com a evolução da pessoa dependente. Na 3ª fase após já ter incorporado o papel de cuidador familiar, estes frequentemente relatam necessidades de suporte emocional contínuo.

### 1.3. O PAPEL DO EEER NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL

Em Portugal na RNCCI os cuidados domiciliários são garantidos essencialmente pelas ECCI integradas nas UCC. Estas destinam-se a utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo da vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram: frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados; complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal. Estas unidades proporcionam um leque grande de cuidados dirigidos ao utente e consequentemente ao seu cuidador integrado no seu núcleo familiar nomeadamente: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores ou paliativos); cuidados de reabilitação; apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; e apoio no desempenho das atividades da vida diária (*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - EPortugal.Gov.Pt, 2022*).

Assim o EEER tem como uma das principais funções suprir as necessidades educativas dos cuidadores. Nos casos de cuidadores informais com pessoas idosas a cargo estas necessidades podem estar ligadas a educação em saúde dos cuidadores em áreas como as doenças e possíveis agudizações, terapia medicamentosa, dietas e exercício físico (J. Martins et al., 2007).

Estas áreas de intervenção educativas ao cuidador informal estão intimamente ligadas às necessidades de cuidados do indivíduo dependente a seu cargo. Em um estudo realizado por Bento (2021) na região de Coimbra com 130 pessoas dependentes utentes de ECCI constatou necessidades de cuidados a nível de atitudes terapêuticas (cuidados inerentes ao uso de sonda gástrica para alimentação – 12,3%, cateter urinário – 10,7%, ostomia de eliminação – 4,6%, oxigenoterapia – 3,8% e traqueostomia - 0,7%). Relativamente a diagnósticos do domínio do processo neuromuscular verificaram que a maioria apresentava equilíbrio comprometido (81,5%), desuso (66,2%). No domínio do processo cardiorrespiratório a maioria apresentava ventilação comprometida (64,6%). No domínio

do autocuidado a maioria apresentava o andar comprometido (96,2%), cuidar da higiene pessoal comprometido (91,5%), vestir-se ou despir-se comprometido (82,3%), autogestão do regime terapêutico comprometido (76,9%), compromisso para transferir-se (71,5%), vira-se comprometido (64,6%) e sentar-se comprometido (58,5%).

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 (Silva, 2016) 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 (Santos, 2018).

O apoio fornecido pelo EEER integrado nos serviços de saúde e/ou sociais, quando vão de encontro às necessidades educativas, é relevante para a aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados assim como na aquisição e uso de ajudas técnicas que facilitam estes mesmos cuidados. Também a informação vinculada por meio de informação escrita e ou comunicação social é descrita como revelante nesta aprendizagem. Quando isto não acontece, ou seja quando há um défice em termos de orientação e ou formação adequada dos cuidadores, estes desenvolvem as suas ações muitas vezes por meio de tentativa e erro (Andrade, 2009).

Isto é importante na medida em que alguns cuidadores assumem esse papel por força das circunstâncias e não por opção. Ou por outro lado optam e querem ser o cuidador principal, reconhecendo as vantagens da pessoa dependente ser cuidada num ambiente domiciliário e conseqüentemente mais familiar, mas carecem de competências básicas para tal (Rice & D'Abreu, 2003).

A preparação do familiar para cuidar assume um papel fulcral para o EEER e a reflexão sobre o tipo de preparação ou abordagem que o cuidador precisa é tão importante como a preparação destes para substituir, assistir ou apoiar o seu familiar dependente na gestão das suas atividades de autocuidado. Tal como o indivíduo dependente que vive uma transição saúde/doença, também o respetivo cuidador informal necessita de dominar a prestação de cuidados necessários e, ao mesmo tempo, vivenciar a sua própria transição situacional (Meleis et al., 2000). Assim, em oposição ao paradigma educativo tradicional caracterizado pela transmissão unidirecional de conhecimentos, o EEER preconiza o conceito de educação multidirecional para a autogestão, que se alinha com o modelo do empoderamento (Anderson et al., 2000) e o EEER interage com o indivíduo dependente e seu cuidador familiar no desenvolvimento das suas competências para resolver os desafios que surgem no do dia-a-dia, promovendo a autoeficácia e a implementação de um processo de resolução de problemas.

O EEER, assumindo também o papel de suporte ao cuidador familiar a atingir os objetivos que delineou, concebe intervenções individualizadas (à pessoa dependente, familiar cuidadora e família ou suporte social equivalente) dirigidas à componente cognitiva, comportamental e emocional de todos os elementos envolvidos no processo de cuidar (Martins et al., 2016).

#### 1.4. SÍNDROME DE FRAGILIDADE E ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO

À medida que o corpo humano envelhece este passa por alterações que levam ao declínio de algumas capacidades físicas e cognitivas que podem potenciar situações de dependência (Nascimento, 2019). Exemplo disso é a perda de força muscular, alterações do padrão da marcha, diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação sensório-motora, da mobilidade articular e, conseqüentemente comprometimento do equilíbrio estático e dinâmico (Tinetti, 2003).

A progressiva deterioração das informações sensoriais (proprioceptiva, visual e vestibular) é apontada como uma causa da instabilidade postural no envelhecimento (Romero e Stelmach, 2003). Do mesmo modo, os estudos indicam que o aumento de oscilações corporais com a idade é reflexo do declínio da estabilidade corporal (Benjuya e col., 2004; Prieto e col., 1996; Romero e Stelmach, 2003). 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 conseqüências nefastas como o aumento de risco de quedas em idosos, facto este que tem sido identificado com um grave problema de saúde pública (Toubarro, 2016).

Desta forma existe o comprometimento progressivamente do equilíbrio corporal, aumentado o risco de queda e em última instância comprometer a sua autonomia. (Garcia et al., 2019).

Assim 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 conseqüências 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 frágeis 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 (Walston, 2021)

Em um estudo de Fried et al. (2001) registou-se a taxa de prevalência de Fragilidade e constatou-se valores de 6,9% numa coorte de 5201 homens e mulheres com 65 ou mais anos, subindo para 25,7% quando estes tinham idades de 85 ou mais anos. Este estado de fragilidade tende a perpetuar-se, resultando em uma espiral de declínio que leva ao agravamento da mesma e aumento do risco de consequências adversas para a saúde. Isto também acarreta potenciais custos socioeconómicos associados estados de incapacidade, internamentos hospitalares ou cuidados de longo prazo.

## 1.5. EQUILÍBRIO E CONTROLO POSTURAL

O equilíbrio e controlo postural está intimamente ligado ao conceito de controlo motor. Pois 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.

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 proprioceptivo), o sistema nervoso central e sistema músculo-esquelético (Sousa, 2010).

O sistema vestibular que se localiza no ouvido interno possibilita a perceção do movimento especialmente em relação à cabeça. Este é constituído por 3 canais semicirculares que conjuntamente com o vestíbulo e cóclea constituem o labirinto ósseo do ouvido interno. Os órgãos do equilíbrio podem dividir-se estruturalmente e funcionalmente em duas partes o labirinto estático e o labirinto cinético. O labirinto estático é constituído pelo utrículo e pelo sáculo do vestíbulo que tem como função principal na avaliação da posição da cabeça em relação com a gravidade, porém também é sensível à aceleração e desaceleração linear. A maior parte das paredes utriculares e saculares são constituídas por epitélio pavimentoso

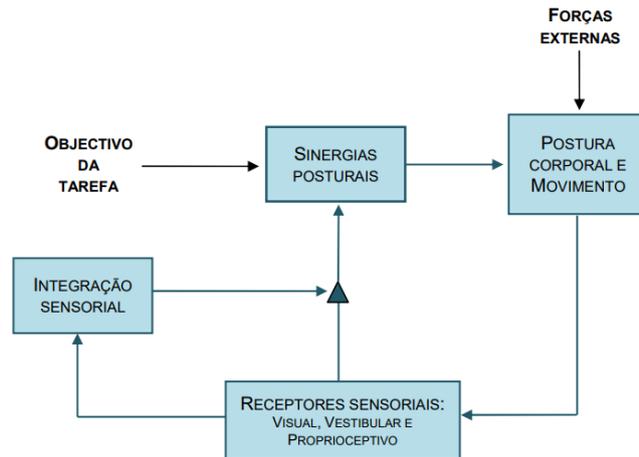
simples cuboide. Nesse pavimento também contêm uma mancha de epitélio especializado chamado mácula. A mácula do utrículo move-se paralelamente à base do crânio e a mácula do sáculo é perpendicular relativamente à base do crânio. Estas máculas assemelham-se ao órgão espiral e consistem em células cilíndricas de suporte e células pilosas. O conjunto destas microvilosidades chama-se estereocílios e estão implantados numa massa gelatinosa tornada mais pesada pela presença de otólitos compostos de proteína e carbonato de cálcio. A massa gelatinosa move-se em resposta á gravidade e iniciando potenciais de ação nos neurónios associados. Muita desta informação não é percebida de forma consciente provocando a resposta do corpo através de ajustes subtis do tónus nos músculos do dorso e pescoço no sentido de manter a cabeça em posição neutra e equilibrada. O labirinto cinético corresponde especificamente aos canais semicirculares que está implicado na avaliação do movimento da cabeça. Os canais semicirculares estão colocados em ângulos quase retos uns aos outros, aproximando-se um deles do plano transversal, outro do plano frontal e outro do plano sagital permitindo-lhe detetar o movimento em todas as direções. Na base de cada canal semicircular expande-se em ampola. Nesta ampola existe também um epitélio especializado semelhante à mácula chamado crista ampular constituído por uma aresta de epitélio com uma massa gelatinosa, a cúpula, suspensa sobre a crista. Neste caso como não há otólitos esta estrutura não é estimulada por forças gravitacionais funcionando como uma espécie de flutuador deslocado pela endolinfa existente nos canais semicirculares. Uma propriedade particular deste subsistema é que quando a cabeça se começa a mover numa determinada direção a endolinfa não se move à mesma velocidade que os canais semicirculares. Esta diferença provoca a deslocação da cúpula numa direção oposta ao do movimento da cabeça, resultando um movimento relativo entre a cúpula e a endolinfa. À medida que o movimento continua, o líquido dos canais semicirculares inicia o movimento e iguala a cinética da cúpula, parando a estimulação. Quando o movimento da cabeça para, a endolinfa ainda continua ainda a mover-se por causa da aceleração, provocando a deslocação da cúpula na mesma direção em que a cabeça estava a mover-se. Assim este sistema deteta, além da direção movimento, também forças de aceleração e desaceleração provocando também uma resposta corporal maioritariamente inconsciente (Seeley et al., 2008).

O sistema visual recolhe informação da localização e distância do corpo em relação ao meio envolvente, tipo de superfície onde se de dará o movimento, posição das partes corporais em relação uma a outra e ambiente. Assim estes componentes do sistema visual como visão periférica, sensibilidade ao contraste, acuidade dinâmica e estática e perceção de profundidade contribui para o equilíbrio através da visão (Latash, 2008). A informação visual é deveras importante para o equilíbrio visto que mesmo após défices acentuados do

sistema vestibular a pessoa pode ainda utilizar de maneira efetiva os mecanismos visuais para manutenção postural desde que tenham os olhos abertos ou executem movimentos lentos (Guyton & Hall, 2017).

O sistema somatossensorial recebe informação sobre propriocetividade e a exteroceptividade. Deste sistema fazem parte os fusos neuromusculares (sensibilidade do estiramento passivo do músculo) e os recetores cutâneos (mecanorreceptores sensíveis à dor, recetores articulares que sensíveis a pressão e tensão articular). Estas informações são somadas e processadas no cerebelo, gânglios da base, substância reticular e núcleos vestibulares do tronco cerebral, determinando ajustes adequados aos músculos posturais. Por outro lado, também fornecem informação exteroceptiva como por exemplo a sensação de pressão da planta dos pés e se este está distribuído de maneira igual informando se o centro de gravidade está mais para frente ou para trás. Outro exemplo é quando a pessoa está a correr a pressão do ar contra a parte anterior do corpo dá informação que há uma força sobre o corpo diferente da causada pela gravidade, provocando a inclinação muitas vezes inconsciente do corpo para a frente (Guyton & Hall, 2017).

Assim o equilíbrio corporal, no que respeita aos seus mecanismos motores resulta da conjugação de um alinhamento corporal e tónus dos músculos posturais adequado, que permita por exemplo ao indivíduo permanecer de pé ou sentado, com mecanismos motores adaptativos onde há um recrutamento dinâmico de músculos posturais, e reajuste constante do tónus e da base de sustentação. Daí que é essencial, para obter estabilidade e orientação corporal, a integração da informação sensitiva que permita ao indivíduo avaliar o posicionamento e movimento do corpo no espaço como também de gerar as forças necessárias para manter o equilíbrio. As alterações a nível neuromuscular são as mais comuns na diminuição do controlo postural e podem ser devidos ao compromisso dos estímulos sensitivos a nível dos mecanorreceptores, ao nível do compromisso do tónus muscular, défice no recrutamento dos grupos musculares adequados e também pela falta de coordenação na ativação dos mesmos. 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 sensórias eficazes no sentido da satisfação das exigências posturais requeridas para realização de determinada tarefa, num ambiente específico (Toubarro, 2016).



Integração e organização da informação proveniente dos diferentes subsistemas de controlo postural (adaptado de Winter, 1990)

## 1.6. TREINO DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS

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 utentes idosos institucionalizados e com uma taxa de Fragilidade provavelmente elevada (Forster et al., 2010). Também Garcia *et al.* (2019) constatou que o ensino, instrução e treino de equilíbrio em pessoas idosas pode ter resultados significativos na melhoria das atividades de vida diária.

Esta abordagem terapêutica tem por base o conceito de neuroplasticidade que se traduz pela capacidade de o sistema nervoso modificar a sua estrutura e função na presença de lesão, e assim tentar recuperar funções perdidas. Assim existe uma possibilidade de adaptação, contínua e dinâmica da estrutura organizacional sensitiva, motora e associativa do SNC em resposta à informação intrínseca ou extrínseca, dependendo do nível de atividade e estimulação recebidas. Esta pode variar de acordo com vários fatores diretos ou indiretos e consequentemente a sua recuperação funcional que vão desde o fenótipo, estado nutricional, metabolismo, motivação e colaboração da pessoa em questão até ao próprio ambiente externo. Todavia esta adaptação também pode ocorrer de forma desorganizada, decorrente de um comportamento sensório-motor desadequado, e ou da falta de inibição de padrões de movimento anormal. Desta forma assume-se de particular relevância uma intervenção dentro de uma equipa multidisciplinar valorizando não só a independência funcional, mas também a qualidade de movimento a ela associada. Um padrão de movimento normal é o resultado de um sistema flexível, interagindo

continuamente com o ambiente, onde o processo motor, sensoriais e cognitivos interagem com um propósito de resolver um objetivo de modo económico, adaptado, coordenado no tempo e espaço. De modo mais específico dá-se a receção dos estímulos; posteriormente a condução dessa informação ao SNC; processa-se a descodificação para a linguagem neuronal; avaliação e integração com a memória; planeamento do movimento; e termina com a execução do movimento através do sistema motor. Assim o controlo motor é essencial para a qualidade do movimento do corpo pelo espaço como também na estabilização do corpo no espaço, ou seja, no controlo postural e equilíbrio. Em situação de lesão pode ser necessário haver aprendizagem motora para que desse modo haja o readquirir de atividades funcionais perdidas ou modificação do movimento com o objetivo de ganhar o máximo de independência. Esta evolução emerge da interação de processos de reorganização perceptivos, cognitivos, como da função em relação a tarefas específicas dentro de um ambiente propício (Toubarro, 2016).

Os programas de exercícios de equilíbrio em pessoas idosas podem ser constituídos pela combinação de várias abordagens e técnicas como por exemplo: redução da base de suporte (ficar de pé com as pernas juntas, com um pé à frente do outro – tandem - e se possível sobre uma perna); movimentos com perturbação do centro de gravidade (caminhar em tandem, transferir o peso corporal de uma perna para a outra, ultrapassar obstáculos, assim como subir em objetos estáveis); treinamento de resistência específica para grupos musculares posturais (agachamento, abdução do quadril sem e com pesos adicionais); redução da entrada sensorial (praticar exercícios com os olhos fechados, caminhar para frente e de costas sobre superfícies instáveis e/ou reduzidas); incremento de desafios por intermédio de atividades de dupla tarefa (associar tarefas de memória, atenção e cálculo com tarefas de marcha, coordenação e equilíbrio estático e dinâmico) (Sherrington et al., 2011); ou uso de exercícios de “Tai Chi” (National Institute on Aging, 2021).

Também 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 a utente é desafiada 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 (Shirley Hoeman, 2000).

Um elemento comum a estes programas é a regulação do controle postural sendo um dos componentes essenciais para o equilíbrio. Este resulta da coordenação a nível do sistema nervoso central das informações recebidas do sistema somatossensorial, visual e vestibular, havendo a captação dos dados posturais referentes ao posicionamento do corpo

e suas extremidades no espaço e posteriormente a emissão de uma série de ajustes motores que contribuem para a manutenção do centro de gravidade sobre a base de suporte do corpo. A integração de dados posturais são executados pelo cérebro, cerebelo, núcleos da base e tronco cerebral. Este último é composto por vias ascendentes e descendentes, de onde partem comandos de regulação de tônus, que são executados por meio de reflexos motores (Nascimento, 2019).

### **1.6.1. Treino de equilíbrio em pessoas idosas dependentes no domicílio**

Todavia os programas de exercício para idosos com Fragilidade e ou já totalmente ou parcialmente dependentes nas atividades de vida diária não se coadunam com exercícios de moderada ou alta intensidade, além de correrem mais riscos de lesão comparativamente com pessoas autônomas. Por exemplo programas de exercício cujo objetivo é a prevenção de quedas são constituídos por exercícios de aumento ou manutenção do tônus muscular com uso de pesos ou bandas de resistência, treino aeróbio (caminhar, pedalar) ou treino de equilíbrio dinâmico que não é exequível em doentes já com limitações funcionais importantes. Assim numa revisão sistemática de 2012 que estudou a efetividade de programas de exercícios em idosos com Fragilidade em ambiente domiciliário inclui estudos com intervenções constituídas por exercícios simples (por exemplo exercícios de resistência, mobilização, equilíbrio simples ou atividades ocupacionais) e o seu impacto avaliado primariamente em termos de mobilidade, qualidade de vida relacionada com a saúde e atividades de vida diária e secundariamente em termos de equilíbrio, densidade óssea, quedas, e admissões hospitalares em instituições de cuidados prolongados. No final concluíram que este tipo de programas aplicados no domicílio do utente pode ser eficaz em melhorar a capacidade funcional com Fragilidade moderada mas não severa. Apesar de considerarem haver ainda dúvidas sobre o impacto as intervenções domiciliárias são consideradas ações potencialmente simples, seguras e de aplicação geral para prevenir o declínio desta porção da população (Clegg et al., 2012).

Estes programas de exercício para idosos dependentes são essencialmente de cariz individual executados em ambiente domiciliário. Segundo a revisão sistemática realizada por Ashworth et al. (2005) esta abordagem individual comparativamente com a de grupo em espaço apropriado ambas as modalidades estão associadas a bons resultados no que se referia a reabilitação cardíaca. Porém os programas executados em ambiente domiciliário podiam estar associados a melhores níveis de adesão.

Tendo em conta que muitos dos utentes desta ECCI são pessoas idosas em situação de dependência achamos premente avaliar o impacto de um programa para a capacitação do

cuidador informal relativamente a exercícios de equilíbrio estático, integrando estes cuidados no seu quotidiano, através da implementação de um programa de formação ao cuidador informal no seu domicílio.

## 2. METODOLOGIA

Este trabalho de investigação surgiu duma circunstância mista, ou seja, de objetivos e necessidades de âmbito académico, mas também profissional. Isto com o intuito de desenvolver competências no âmbito do cuidado à pessoa e ou família/comunidade com necessidades na área da enfermagem de Reabilitação que se inclui uma componente de investigação, mas também adaptado a uma conjuntura específica de estágio de natureza profissional.

Assim, o objetivo geral deste estudo é avaliar o impacto do programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal na pessoa dependente em contexto domiciliário.

Como objetivos específicos delineamos os seguintes:

- Caracterizar os conhecimentos sobre equilíbrio corporal, de um grupo de cuidadores informais na pessoa dependente, em contexto domiciliário, antes e após a aplicação do programa de capacitação;
- Avaliar o impacto 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 impacto na autonomia da pessoa dependente em contexto domiciliário.
- Avaliar as alterações decorrentes no equilíbrio corporal e autonomia na pessoa dependente em contexto domiciliário após capacitação do respetivo cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal.
- Avaliar as características sociodemográficas do cuidador informal e as alterações decorrentes no equilíbrio corporal e autonomia na pessoa dependente em contexto domiciliário após capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal.

Para o desenvolvimento do nosso estudo definimos ainda as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 (H1) - Os utentes dependentes no domicílio, têm ganhos no equilíbrio, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do equilíbrio.
- Hipótese 2 (H2) – Os utentes dependentes no domicílio, têm ganhos na autonomia, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do equilíbrio
- Hipótese 3 (H3) – Os ganhos no equilíbrio e na autonomia em utentes dependentes no domicílio têm uma relação direta entre si.

- Hipótese 4 (H4) – As características sociodemográficas dos doentes dependentes interferem nos ganhos ao nível do equilíbrio e da autonomia

## 2.1. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo escolhido teve em consideração o problema formulado, os objetivos e as hipóteses formuladas no sentido de responder à pergunta de partida. Assim, o desenho metodológico escolhido foi o quase experimental de grupo único com observação antes e depois da intervenção. Embora menos rigoroso que uns estudos experimentais permitem observar fenómenos quando a repartição aleatória dos sujeitos é impossível ou indesejável. Este tipo de desenhos quase-experimentais não têm grupos equivalentes criados pela repartição aleatória ou não têm grupos de controlo. (Fortin & Salgueiro, 2003).

Os desenhos quase experimentais manipulam deliberadamente pelo menos uma variável independente para observar seu efeito e relação com uma ou mais variáveis dependentes. Todavia diferem dos estudos experimentais no grau de confiabilidade da amostra. Os sujeitos não são selecionados por sorteio pois o grupo experimental já está formado previamente. Exemplos disso é a utilização de grupos terapêuticos já integrados como equipas desportivas já existentes ou equipas de trabalhadores que trabalham por turnos. (Sampieri et al., 2013).

Segundo Campbell e Stanley (2015) os desenhos quase experimentais pertencem a uma classe de estudos de natureza empírica a que falta duas das características usuais na experimentação: um controlo completo e a aleatoriedade na seleção de grupos alvos de investigação.

Estes estudos podem usar um pré-teste que significa que existe uma recolha de dados antes da introdução do tratamento, observando um ponto de partida antes de qualquer intervenção. Posteriormente a amostra é sujeita à intervenção experimental e seguidamente é realizado o pós-teste. Estes dados podem ser assim comparados com os dados obtidos do pré-teste para se elaborar uma explicação para as alterações ou falta dela (Soares, 2021).

Todavia o efeito da capacitação do cuidador no próprio utente alvo de cuidados, com observação individual antes e depois atua quase como cada participante funcionasse como o seu próprio grupo de controlo melhorando a validade interna (Fortin & Salgueiro, 2003).

Apesar de podermos tido optado por um desenho de sujeito-único, o método escolhido no presente estudo é relativamente menos frágil em termos de generalização dos resultados obtidos. Isto porque ao estudarmos vários sujeitos em dois momentos temporais equivale

de certa forma à replicação deste método à vários sujeitos com intuito de verificar se os efeitos são similares e assim aumentar a validade externa (TUCKMAN, 2012).

## 2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em questão são os cuidadores informais dos utentes dependentes residentes nas freguesias de Ermesinde e Alfena que constituem a área geográfica de ação da ECCI de Ermesinde.

Assim a nossa amostra foi de cariz não probabilística e por conveniência, pois os sujeitos selecionados reportam-se a um local certo e momento adequado, e é constituída por pessoas de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão (Fortin & Salgueiro, 2003). Estes foram selecionados de entre os cuidadores informais dos utentes dependentes utentes da ECCI de Ermesinde, no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, aplicando os seguintes critérios de inclusão:

- Assumir-se como cuidador principal do utente dependente.
- Ter mais de 18 anos de idade;
- Saber ler, escrever.
- A respetiva pessoa alvo de cuidados ser utente 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).

Por conseguinte a amostra foi constituída por 10 cuidadores informais e respetivos utentes dependentes alvo de cuidados.

## 2.3. VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

No presente estudo as variáveis de atributo são: idade do utente (anos); idade do cuidador (anos); género do utente; género do cuidador; profissão do cuidador; estado civil do cuidador; situação profissional do cuidador; relação do cuidador relativo ao alvo de cuidados; habilitações literárias do cuidador; situação económica segundo o cuidador; agregado familiar (nº de adultos); presença de apoio domiciliário; tipo de apoio domiciliário; presença de afeções no utente relacionado com funções corporais segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (DGS, 2004).

Os dados relativos a estas variáveis foram colhidos com recurso ao formulário Sociodemográfico (Apêndice IV) elaborado pelos investigadores deste estudo. Este inclui itens correspondentes às variáveis de atributo atrás descritas relativas ao cuidador informal

como também o respetivo utente alvo de cuidador. Isto porque o conteúdo da Intervenção era capacitar o cuidador informal para os cuidados básicos relativos ao equilíbrio estático sentado do respetivo utente dependente, sendo os seus dados potencialmente relevantes para estabelecimento de relações com os resultados obtidos. Para melhorar a confiabilidade dos dados relativos às afeções dos utentes dependentes, estes foram confirmados com recurso à consulta dos registos dos antecedentes pessoais no processo clínico informatizado.

Também foram incluídas como variáveis a presença de conhecimento relativo ao programa de capacitação para o cuidador antes e depois da intervenção sob a forma de uma Grelha de observação com 10 itens de avaliação elaborada pelos investigadores:

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?
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?
7. Coincide estes períodos com maior estimulação (ex. visitas, atividades lúdicas...)?
8. Conhece a técnica de correção da postura na cadeira?
9. Aplica a técnica de correção da postura na cadeira?
10. Reconhece sinais de intolerância?

Esta informação foi considerada relevante no planeamento do estudo para dar mais informação sobre a efetividade da formação na interiorização de conhecimentos e assim melhorar a validade interna dos resultados finais

A variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente, sendo que esta é muitas vezes chamada de tratamento, intervenção ou simplesmente variável experimental (Fortin & Salgueiro, 2003). Desta forma as nossas variáveis dependentes são o nível de equilíbrio e autonomia do utente alvo de cuidados que foram operacionalizadas através da aplicação do Teste de Tinetti e Índice de Barthel respetivamente antes e depois da intervenção experimental aos utentes alvo de cuidados. A variável independente consistiu na aplicação do programa de capacitação do cuidador para o equilíbrio estático sentado.

Para facilitar e automatizar a recolha de dados o formulário sociodemográfico, grelha de observação e escalas de avaliação foram digitalizadas para o programa Google Forms e utilizado um tablet para a introdução dos dados por parte do investigador durante as visitas domiciliárias.

## 2.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: o formulário sócio demográfico aplicado ao cuidador; grelha de observação de comportamentos do binómio cuidador informal/ utente alvo de cuidados pré e pós aplicação do programa de capacitação ao cuidador informal sobre o equilíbrio sentado estático; Índice de Barthel e Teste de Tinetti.

O Teste de Tinetti, a versão portuguesa do Performance Oriented Mobility Assessment, teve como objetivo avaliar equilíbrio dos utentes dependentes cujos cuidadores informais foram sujeitos a um programa de capacitação para o equilíbrio estático sentado. Este instrumento de avaliação quantitativa em pontos da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico foi criado por Tinetti (1986) e validado para a população portuguesa por Petiz (2002) em um estudo com idosos institucionalizados. A sua correta aplicação requer apenas a utilização de uma cadeira com costas e de um percurso de 3 metros devidamente assinalado sem obstáculos. Este teste tem um tempo de aplicação médio de cerca de 15 minutos, não é necessário o avaliador ter treino prévio e pode ser aplicado em qualquer local.

A primeira parte do teste de Tinetti corresponde a avaliação do equilíbrio sentado. Esta é composta por 9 itens nomeadamente: levantar-se rapidamente; equilíbrio em pé com os pés juntos; pequenos desequilíbrios por instabilidade externa na mesma posição; manter os olhos fechados na mesma posição; apoio unipodal; rodar sobre si 360º duas vezes e sentar-se. A soma da pontuação de cada 9 item pode variar de 0 a 16 pontos. A segunda parte do teste de Tinetti corresponde a avaliação do equilíbrio dinâmico. Esta é composta por 10 itens nomeadamente: início da marcha; largura dos passos; altura do passo direito e esquerdo; simetria e continuidade dos passos; desvios da marcha; estabilidade do tronco e base de sustentação durante o ciclo da marcha. A soma da pontuação pode variar de 0 a 12 pontos. A soma das duas partes pode perfazer de 0 a 28 pontos, sendo que um maior valor corresponde a um melhor equilíbrio (Apóstolo, 2012).

Este teste foi escolhido por ser de fácil execução, não necessitar de recursos materiais especializado e poder ser utilizado em ambiente domiciliário. Também este instrumento me era familiar, uma vez que tinha contactado com ele num outro contexto de estágio do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tendo tido já a oportunidade de o ter posto em prática. Por outro lado, é composto por um subcampo dedicado ao equilíbrio estático sentado o que se adapta perfeitamente aos objetivos deste estudo. E finalmente é um

instrumento validado para a população portuguesa particularmente em idosos. Exemplo disso foi um estudo realizado por Carvalho, Pinto e Mota (2002) em que os resultados da validação do Teste de Tinetti em versão portuguesa indicaram a existência de características de adaptação cultural e psicométricas que o tornavam em um instrumento útil para avaliação da tendência para a queda em idosos.

O Índice de Barthel tem como objetivo avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). É uma escala de acesso livre para fins não comerciais, não tem um público-alvo específico e é recomendada pela Direção Geral de Saúde (Norma: 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação). Também é uma escala validada para a população portuguesa nomeadamente em um estudo de Araújo *et al.* (2007) em uma amostra de idosos não institucionalizados. Aqui este instrumento de avaliação demonstrou um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$  (Ordem dos enfermeiros, 2016).

Esta escala pode ser preenchida através de registos clínicos, observação direta (que foi o método utilizado), mas também pode ser auto ministrado.

Na versão original a pontuação da escala pode variar de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. Cada atividade básica de vida apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuados com 5,10 ou 15 pontos (Apóstolo, 2012). Assim a escala é composta por 10 itens em que um total de 0 a 20 indica dependência total; 21 a 60 grave dependência; 61 a 90 moderada dependência; 91 a 99 muito leve dependência e 100 independência (Azeredo & Matos, 2003)

Nós escolhemos o Índice de Barthel porque é um dos principais instrumentos utilizados em Portugal para avaliação das atividades básicas de vida, existem vários estudos cuja população estudada são idosos, e também atestam a sua validade, reprodutibilidade e responsividade (Vigia *et al.*, 2017). Por outro lado, era um instrumento usado comumente pelos EEER da UCC o que facilitou a sua implementação.

## 2.5. PROCEDIMENTOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO AO CUIDADOR INFORMAL E RECOLHA DE DADOS

Após a execução da revisão da literatura exaustiva, construção, submissão e aprovação do protocolo de investigação pela Comissão de ética da ARSN e Responsável pelo Acesso à Informação do Aces Maia-Valongo (Anexo B), procedeu-se à execução do programa de capacitação ao cuidador informal e respetiva recolha de dados

O programa de capacitação foi dividido em 6 sessões, com 2 sessões por semana, em contexto de visitação domiciliária, à exceção da última sessão de reavaliação que decorreu na 6ª semana. Este foi aplicado aos cuidadores informais dos utentes da ECCI correspondentes aos critérios de inclusão previamente definidos, no início do período de 3 meses definido para a colheita de dados (dezembro de 2021 a fevereiro de 2022). À medida que existiam novas admissões com estes critérios, durante este período de colheita de dados, estes eram introduzidos a este programa e adicionados à amostra deste trabalho de investigação. Assim o programa foi organizado da seguinte maneira:

1ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicação ao cuidador informal de um questionário socio demográfico e uma grelha de observação sobre aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado no utente ao seu cuidado. Avaliação do utente alvo de cuidados no que se refere ao grau de dependência nas atividades básicas de vida e equilíbrio.</li></ul>
2ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado e fornecimento de brochura em papel com o conteúdo da formação.</li></ul>
3ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrução e treino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente a seu cuidado.</li></ul>
4ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reforço e elogio ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente a seu cuidado.</li></ul>

5ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisão do cuidador informal na aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado.</li> </ul>
6ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reavaliação através da aplicação da Grelha de Observação sobre conhecimentos teórico-práticos no âmbito do equilíbrio estático sentado.</li> <li>• Reavaliado o equilíbrio e o grau de dependência do utente alvo de cuidados.</li> </ul>

Durante a fase de operacionalização do programa de capacitação foi necessário coordenar os recursos humanos e materiais da ECCI uma vez que o programa de capacitação foi implementado dentro da ação da equipa multidisciplinar de forma complementar e sem entrar em conflito com as necessidades de cuidados dos utentes em outras áreas ou de outros utentes que não cumpriam critérios de inclusão deste estudo.

Após discussão entre a equipa foi decido elaborar um panfleto com o conteúdo teórico como material educativo de suporte. Este incluía imagens alusivas e cuidados inerentes para servir de apoio escrito à ação formativa. Este método auxiliar também serviu como instrumento de partilha de informação com os restantes elementos da rede familiar contribuindo assim para a maior adesão a este programa (Apêndice I).

A medida que o programa era implementado foi necessário garantir cada vez mais sessões e em diferentes fases de execução. Isto introduziu um grau maior de dificuldade nesta fase de colheita de dados que só foi ultrapassado com a colaboração dos EEER da ECCI que me ajudaram a coordenar as sessões e participavam ativamente nas mesmas.

Uma dificuldade na implementação deste programa foi muitas vezes a inexistência de material de apoio de origem (cadeiras ou cadeirões com apoio de braços, cadeiras de rodas, apoio de pés...) para o efeito de equilíbrio estático sentado. Assim, optou-se por adaptar material de apoio já existente nos domicílios dos utentes com grande sucesso uma vez que conseguíamos implementar os cuidados necessários sem ser necessário gastos adicionais aos utentes e dificultar a implementação do programa de capacitação.

## 2.6. TRATAMENTO DE DADOS

A análise de resultados será efetuada através de uma análise descritiva e inferencial com recurso a testes de normalidade da amostra e consequente aplicação de testes paramétricos e não paramétricos. Mais especificamente para o tratamento das hipóteses

levantadas recorreremos ao teste Wilcoxon, Test T e Coeficiente de Spearman de acordo com a presença ou não de distribuição normal da amostra. O tratamento de dados será informatizado com recurso ao programa SPSS versão 28 (Statistical Package for the Social Sciences).

## 2.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a implementação deste trabalho de investigação em contexto de unidade de saúde pertencente à ARSN foi necessário a sua submissão à respetiva Comissão de ética e posterior aprovação com base no protocolo de investigação elaborado previamente enviado (Anexo B).

A resposta à submissão deste protocolo de investigação por parte da Comissão de ética da ARSN foi positiva. Porém fez a ressalva que no formulário deveria ser substituído o item sexo por género. Também este item deveria ter as seguintes opções: masculino; feminino, outro; não quer responder.

De acordo com o dever de sigilo vem consagrado no artigo 85º da Deontologia Profissional de Enfermagem (2015) 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 utente alvo de cuidado), salvo quando este último não tiver capacidade cognitiva para tal. Quando o cuidador informal e familiar direto não eram a mesma pessoa foi pedido consentimento a ambos. Deste modo foi garantido o uso exclusivo dos dados obtidos para fins académicos e em completo anonimato.

Também a nossa prática neste processo de investigação, formação e prestação de cuidados especializados como EEER desenrola-se dentro do respeito pelos domínios da responsabilidade profissional, éticos e legais. Mais especificamente o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da intervenção e a promoção de práticas de cuidados, que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais (*Regulamento n.º 140/2019 Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*, 2019).

### **3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo apresentamos os resultados descritivos da caracterização sociodemográfica como também das avaliações realizadas no momento inicial (1ª sessão) e momento final (2ª sessão). Simultaneamente também realizamos a análise inferencial e discussão dos dados de acordo com os objetivos definidos.

A análise descritiva e inferencial dos dados foi realizada com apoio do software IBM® SPSS® Statistics.

A exposição dos dados começa pela caracterização das variáveis sociodemográficas selecionadas relativas cuidador e respetivo utente dependente alvo de cuidados. Posteriormente é apresentado a caracterização do conhecimento do cuidador informal sobre o equilíbrio estático sentido antes e depois da aplicação do programa de capacitação ao cuidador informal. Em seguida procedeu-se à apresentação dos testes estatísticos, validação de hipóteses e finalmente à análise e discussão dos mesmos.

Para escolhermos os testes estatísticos adequados realizamos testes de normalidade da distribuição das diferentes variáveis. Com esse objetivo foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk visto que é o mais adequado quando se trata de amostras de pequena dimensão (menor ou igual a 50) (Marôco, 2018)

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Tendo em conta os dados recolhidos no questionário elaboramos a caracterização sociodemográfica da amostra utilizada. Esta é composta por 10 cuidadores informais e seus respetivos alvo de cuidados (N=10). As idades dos cuidadores informais são compreendidas entre 51 e 85 anos e a idade média é aproximadamente 62 anos (média: 61,90; desvio padrão: 12,35). As idades dos utentes alvo de cuidados são compreendidas entre 54 e 97 e a idade média é aproximadamente 81 anos (média 80,80; desvio padrão:11,41), tal como é possível verificar na Tabela 1.

**Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo distribuição da idade (anos) do utente e seu cuidador**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade do utente	10	54	97	80,80	12,354
Idade do cuidador informal	10	51	85	61,90	11,406

No que se refere ao género a maioria era feminino quer entre os cuidadores quer entre os utentes, representando 90% e 70% da amostra respetivamente, tal como é possível verificar na Tabela 2 e 3.

**Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo a distribuição do género nos cuidadores informais**

	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	9	90,0
Masculino	1	10,0
Total	10	100,0

**Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a distribuição do género nos utentes**

	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	7	70,0
Masculino	3	30,0
Total	10	100,0

Relativamente aos antecedentes clínicos dos utentes verificamos que apesar da grande maioria ter Diabetes e Hipertensão arterial também sofriam de uma grande variedade de outras patologias crónicas. Assim sendo optamos por categorizar os antecedentes clínicos objetivados de acordo com as funções do corpo afetadas, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, (DGS, 2004).

Assim, como demonstrado na tabela 4, observamos que de acordo com os antecedentes clínicos objetivados a maioria dos casos (90%) apresentava 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. Mais se destaca, com frequência entre 70% e 50 %, 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 4 – Funções corporais afetadas de acordo com os antecedentes clínicos dos utentes**

	N	Porcentagem (%)
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%

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos cuidadores informais a habilitação mais frequente foi 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, tal como é possível verificar na Tabela 5.

**Tabela 5 – 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

Quanto ao estado civil dos cuidadores informais metade destes vivia em regime de casamento ou união de facto, tal como é possível verificar na Tabela 6.

**Tabela 6 – Estado civil do cuidador informal**

	Frequência	Percentagem (%)
Casado(a) ou em União de facto	5	50,0
Viúvo(a)	1	10,0
Divorciado(a) ou separado(a)	4	40,0
Total	10	100,0

Relativamente ao tipo de relação do cuidador informal com o utente alvo de cuidados há uma grande variedade de tipos de relação, mas as situações em que partilham uma ligação familiar constituem 60% dos casos, sendo que nos restantes casos 3 cuidadores informais são contratados para o efeito e 1 deles é vizinho, tal como é possível verificar na Tabela 7.

**Tabela 7- Relação de parentesco do cuidador informal relativo ao utente alvo de cuidados**

	Frequência	Percentagem (%)
Irmão(a)	1	10,0
Vizinho(a)	1	10,0
Esposo(a) / companheiro(a)	2	20,0
Filho(a) / enteado(a)	3	30,0
Cuidadora informal contratada	3	30,0
Total	10	100,0

Quanto ao agregado familiar, que inclui o cuidador formal e utente alvo de cuidados, o seu número de elementos caracteriza-se por agregados maioritariamente pequenos variando de 2 a 5 elementos. Também é de salientar que 70% têm menos de 4 elementos, ou por outras palavras 70% dos agregados estudados têm 1 ou 2 indivíduos além do utente dependente, tal como é possível verificar na Tabela 8.

**Tabela 8 – Número de elementos do agregado familiar a que pertence o utente alvo de cuidados, incluindo o respetivo cuidador informal.**

	Frequência	Percentagem (%)
2	2	20,0
3	5	50,0
4	2	20,0
5	1	10,0
Total	10	100,0

No que se refere situação profissional do cuidador informal também inclui uma variedade de situações embora seja de salientar que apenas 20% destes estejam em situação ativa no mercado de trabalho, tal como é possível verificar na Tabela 9.

**Tabela 9 - 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
Trabalhador contratado pela família para cuidar	3	30,0
Total	10	100,0

Quanto à área de atividade profissional propriamente dita do cuidador informal a maioria (80%) exerce no setor terciário, tal como é possível verificar na Tabela 10.

**Tabela 10 – Área de atividade económica onde o cuidador informal exerce atividades**

	Frequência	Percentagem (%)
Setor secundário	2	20,0
Setor terciário	8	80,0
Total	10	100,0

Relativamente a perceção da situação económica por parte do agregado familiar entre três opções dadas a escolher (má, razoável e boa) a maioria (70%) referiu uma situação económica razoável e nenhuma escolheu a opção “boa”, tal como é possível verificar na Tabela 11.

**Tabela 11 – Perceção da sua situação económica enquanto agregado familiar**

	Frequência	Percentagem (%)
Razoável	7	70,0
Má	3	30,0
Total	10	100,0

Também conseqüente da situação económica do agregado familiar procuramos saber quantos dos utentes alvo de cuidados beneficiavam de apoio domiciliário além da ECCI. Assim, constatou-se que 60% dos casos beneficiavam de apoio domiciliário, tal como é possível verificar na Tabela 12.

**Tabela 12 – Utentes alvo de cuidados beneficiários de apoio domiciliário**

	Frequência	Percentagem (%)
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
Total	10	100,0

Esmiuçando que tipo de apoio é este verificou-se que existiam várias modalidades que incluíam serviços de apoio que iam desde apoio na alimentação, higiene, tratamento de roupa e conforto até apoio de uma pessoa cuidadora permanentemente e ou mesmo de um profissional de saúde especializado. De salientar que a maioria requerida visa o assegurar de défices relacionadas com o autocuidado, tal como é possível verificar na Tabela 13.

**Tabela 13 – Tipo de apoio domiciliário**

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

### 3.2. CONHECIMENTOS DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO AO CUIDADOR INFORMAL.

Uma vez que o programa de capacitação constitui a nossa intervenção na amostra em estudo achamos pertinente saber o nível de conhecimento dos cuidadores informais no início da intervenção como também o seu conhecimento no final do programa referido.

A grelha de observação é construída por 10 itens verificáveis ligados a conhecimentos transmitidos no programa em questão. Assim, quando analisamos a distribuição da amostra por cada item constata-se que há uma percentagem muito baixa, variando entre 0 a 10%, de cuidadores informais com conhecimentos prévios à intervenção. Por outro lado, após aplicação do programa de capacitação estes valores são muito elevados, apresentando uma mediana de 90% com valor mínimo de 60% e máximo de 100%, tal como é possível verificar na Tabela 14.

**Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo os itens verificados na grelha de observação antes e depois do programa de capacitação para o cuidador informal**

	Itens verificados na Grelha de observação na 1ª sessão do programa de capacitação para o cuidador informal		Itens verificados na Grelha de observação na 6ª sessão do programa de capacitação para o cuidador informal	
	N	Percentagem (%)	N	Percentagem (%)
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?	0	0,0	10	100,0
2-Mantem o tronco ereto usando almofada se necessário (evita a sua flexão e rotação)?	0	0,0	9	90,0
3-Conserva a flexão da anca a 90º?	0	0,0	9	90,0
4-Mantém o apoio total dos pés apoiados em superfície rígida?	0	0,0	9	90,0
5-Promove apoio rígido dos braços com mesa de trabalho ou equivalente?	1	10,0	9	90,0
6-Supervisiona o posicionamento evitando ou corrigindo a inclinação do tronco, extensão da anca, e deslizamento dos membros superiores?	0	0,0	9	90,0
7-Coincide estes períodos com maior estimulação (ex. visitas, atividades lúdicas...)?	1	10,0	9	90,0
8-Conhece a técnica de correção da postura na cadeira?	0	0,0	7	70,0
9-Aplica a técnica de correção da postura na cadeira?	0	0,0	6	60,0
10-Reconhece sinais de intolerância?	1	10,0	9	90,0

Pela análise da tabela 15 constata-se que antes da aplicação do programa de capacitação os valores são muito baixos, ou seja, em 90% da amostra não se verifica nenhum item.

Todavia após aplicação do programa constata-se que os valores são muito altos, sendo que 90% da amostra apresenta uma percentagem de 80% ou mais de itens verificados. Isto significa que maior parte dos conhecimentos teórico-práticos transmitidos foram adquiridos com sucesso pelos cuidadores.

**Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a quantidade de itens verificados na grelha de observação antes e depois do programa de capacitação para o cuidador informal**

Nº itens verificados	1ª Sessão do programa de capacitação		6ª Sessão do programa de capacitação	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
0	9	90,0	0	0,0
1	0	0,0	1	10,0
2	0	0,0	0	0,0
3	1	10,0	0	0,0
4	0	0,0	0	0,0
5	0	0,0	0	0,0
6	0	0,0	0	0,0
7	0	0,0	0	0,0
8	0	0,0	2	20,0
9	0	0,0	1	10,0
10	0	0,0	6	60,0

### 3.3. DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AOS GANHOS NO EQUILÍBRIO CORPORAL DO UTENTE

Para avaliar o impacto da capacitação do cuidador informal na abordagem do equilíbrio corporal no equilíbrio da pessoa dependente em contexto domiciliário, aplicamos o Teste de Tinetti em dois momentos: avaliação inicial realizada na 1ª sessão e avaliação final realizada na 6ª sessão. Desta forma, pela análise da tabela 16, podemos observar que a média deste teste no primeiro momento é 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 16 – Distribuição da amostra segundo os valores totais do Teste de Tinetti e suas dimensões aplicado aos utentes alvos de cuidados no início e final do programa de capacitação do CI**

	1º Sessão do programa de capacitação		6º Sessão programa de capacitação	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
1 – Equilíbrio sentado	0,20	0,422	1,70	0,675
2 - Levantar-se	0,30	0,483	0,70	0,675
3 - Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	0,40	0,699	1,30	0,823
4 - Equilíbrio em pé com os pés paralelos	0,10	0,316	0,60	0,516
5 - Pequenos desequilíbrios na mesma posição	0,30	0,483	1,30	0,823
6 - Fechar os olhos na mesma posição	0,20	0,422	0,70	0,483
7 – Volta de 360° (2 vezes)	0,00	0,000	0,10	0,316
8 - Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	0,00	0,000	0,00	0,000
9 - Sentar-se	0,30	0,483	1,10	0,738
10 - Início da marcha	0,00	0,000	0,10	0,316
11 - Largura do passo direito	0,00	0,000	0,40	0,516
12 - Altura do passo direito	0,00	0,000	0,50	0,527
13 - Largura do passo esquerdo	0,00	0,000	0,40	0,516
14 - Altura do passo esquerdo	0,00	0,000	0,50	0,527
15 - Simetria do passo	0,00	0,000	0,40	0,516
16 - Continuidade do passo	0,00	0,000	0,10	0,316
17 - Percurso de 3 metros	0,10	0,316	0,50	0,527
18 - Estabilidade do tronco	0,20	0,422	0,50	0,527
19 - Base de sustentação durante a marcha	0,00	0,000	0,10	0,316
Pontuação total	2,10	3,510	11,00	6,733

Para testar a hipótese 1 (H1) – “Os utentes dependentes no domicílio, têm ganhos no equilíbrio, quando o seu cuidador informar é capacitado para a abordagem do equilíbrio”, recorreremos ao teste não paramétrico de postos assinados por Wilcoxon para a comparação de duas amostras emparelhadas, em que se considera estatisticamente significativas as diferenças entre as avaliações em que o valor de p do teste é igual ou menor a 0,05

Esta escolha deste teste estatístico foi baseada, além de ser de ser uma amostra pequena ( $n=10$ ), no facto dos dados em questão após aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk apresentarem uma distribuição não paramétrica (Teste de Tinetti - 1<sup>o</sup> sessão:  $W=0,657$ ;  $p= 0.000$ ; Teste Tinetti - 6<sup>a</sup> sessão:  $W=0,944$ ,  $p=0,602$ ). Ou seja, no conjunto destas variáveis emparelhadas verificou-se que em pelo menos uma das variáveis emparelhadas o valor de  $p$  era menor que 0,05, rejeitando-se a hipótese nula que afirma que os dados apresentam uma distribuição normal ( $p$  maior que 0,05) e confirma que a hipótese que corresponde à afirmação que os dados não apresentam uma distribuição normal ( $p$  menor que 0,05).

Assim recorrendo ao teste não paramétrico de postos assinados por Wilcoxon comparamos os resultados do Teste de Tinetti entre a avaliação inicial e final e as suas respetivas médias. Desta forma, pela análise da tabela 17, concluímos que a diferença foi positiva e estatisticamente significativa, recuperando em média 8,90 pontos. Isto pressupõe que o programa de capacitação para o respetivo cuidador informal teve um impacto benéfico no grau de equilíbrio dos utentes dependentes em ambiente domiciliário

**Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo a comparação do teste de Tinetti realizados na 1<sup>a</sup> sessão e na 6<sup>a</sup> sessão ( $n=10$ )**

	Média	Desvio Padrão	Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon	
			Z	p
Teste Tinetti 1 <sup>a</sup> Sessão	2,10	3,510	2,670	0,008
Teste de Tinetti 6 <sup>a</sup> sessão	11,00	6,733		

### 3.4. DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AOS GANHOS NA AUTONOMIA DO UTENTE

Para perceber se a capacitação do Cuidador informal para a abordagem do equilíbrio da pessoa dependente tem impacto na autonomia da pessoa dependente em contexto domiciliário aplicamos o Índice de Barthel através de observação direta no momento inicial (1<sup>a</sup> sessão) e momento final (6<sup>a</sup> sessão). Desta forma, através da análise da tabela 18, 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 18 - Distribuição da amostra segundo os valores totais do Índice de Barthel e suas dimensões aplicado aos utentes alvos de cuidados no início e final do programa de capacitação do cuidador informal (n=10)**

	1º Sessão do programa de capacitação		6º Sessão programa de capacitação	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
1 - Higiene pessoal	0,00	0,00	0,50	1,581
<b>2 - Evacuar</b>	<b>4,00</b>	<b>4,595</b>	<b>6,50</b>	<b>4,116</b>
3 - Urinar	3,50	4,116	5,00	4,714
4 - Ir à casa de banho (uso de sanitário)	2,00	2,582	2,50	2,635
<b>5 - Alimentar-se</b>	<b>2,00</b>	<b>2,582</b>	<b>7,00</b>	<b>3,496</b>
<b>6 - Transferências (cadeira /cama)</b>	<b>2,00</b>	<b>3,496</b>	<b>6,00</b>	<b>3,944</b>
7 - Mobilidade (deambulação)	4,50	4,972	7,00	5,375
<b>8 - Vestir-se</b>	<b>1,00</b>	<b>2,108</b>	<b>3,50</b>	<b>2,415</b>
<b>9 - Escadas</b>	<b>1,50</b>	<b>2,415</b>	<b>3,50</b>	<b>3,375</b>
10 - Banho	0,00	0,00	,00	,000
Total	20,50	21,915	41,50	24,387

Para testar a hipótese 2 (H2) – “Os utentes dependentes no domicílio, têm ganhos na autonomia, quando o seu cuidador informal é capacitado para a abordagem do equilíbrio”, recorreremos ao teste paramétrico t student para a comparação de duas amostras emparelhadas, em que se considera estatisticamente significativas as diferenças entre as avaliações em que o valor de p do teste é igual ou menor a 0,05.

Esta escolha deste teste estatístico foi baseada no facto dos dados em questão após aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, apresentarem uma distribuição paramétrica (Índice de Barthel – 1ª sessão: W= 0,851; p=0.060; Índice de Barthel – 6ª sessão: W=0921, p=0,367). Ou seja, nestas variáveis emparelhadas em questão verificou-se que o valor de p era maior que 0,05, confirmando-se a hipótese nula que afirma que os dados apresentam uma distribuição normal (p maior que 0,05) e rejeita-se a hipótese 1 que corresponde à afirmação que os dados não apresentam distribuição normal (p menor que 0,05).

Assim recorrendo ao teste paramétrico t student comparamos os resultados do Índice de Barthel entre a avaliação inicial e final e as suas respetivas médias. Desta forma, pela análise da tabela 19 concluímos que a diferença foi positiva e estatisticamente significativa, recuperando em média 21,00 pontos.

**Tabela 19 – Resultados do Teste T student de amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação do Índice de Barthel**

	Média	Desvio Padrão	t	gl	Significância
Índice de Barthel Total (1ª sessão)	21,50	21,915	-4,466	9	0,002
Índice de Barthel Total (6ª sessão)	41,50	24,387			

Também com o intuito de esclarecer se esta diferença observada no Índice de Barthel é também significativa nas suas subdimensões, entre o 1º e 2º momento de avaliação e a comparação de médias entre os dois momentos de avaliação, recorreremos ao teste não paramétrico de postos assinados por Wilcoxon para a comparação de duas amostras emparelhadas do Índice de Barthel.

A escolha deste teste estatístico foi baseada, além de ser de ser uma amostra pequena (n=10), no facto dos dados em questão após aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk apresentarem uma distribuição não paramétrica. Ou seja, em todos os conjuntos destas variáveis emparelhadas verificou-se que o valor de p era menor que 0,05, rejeitando-se a hipótese nula que afirma que os dados apresentam uma distribuição normal (p maior que 0,05) e confirma que a hipótese 1 que corresponde à afirmação que os dados não apresentam distribuição normal (p menor que 0,05).

Assim, através da análise da tabela 20 pode assumir-se que a diferença entre a avaliação inicial e final foi positiva e estatisticamente significativa 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).

Isto pressupõe que o programa de capacitação para o respetivo cuidador informal teve um impacto benéfico no grau de autonomia nos utentes 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.

**Tabela 20 - Resultados do Teste de Wilcoxon de amostras emparelhadas para as diferenças entre os dois momentos de avaliação de cada subdimensão do Índice de Barthel.**

	1ª Sessão do programa de capacitação		6ª Sessão programa de capacitação		Teste de Wilcoxon	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	z	p
1 - Higiene pessoal	0,00	0,00	0,50	1,581	1	0,317
<b>2 - Evacuar</b>	4,00	4,595	6,50	4,116	<b>2,236</b>	<b>0,025</b>
3 - Urinar	3,50	4,116	5,00	4,714	1,732	0,083
4 - Ir à casa de banho (uso de sanitário)	2,00	2,582	2,50	2,635	1,000	0,317
<b>5 - Alimentar-se</b>	2,00	2,582	7,00	3,496	<b>2,640</b>	<b>0,008</b>
<b>6 - Transferências (cadeira /cama)</b>	2,00	3,496	6,00	3,944	<b>2,271</b>	<b>0,023</b>
7 - Mobilidade (deambulação)	4,50	4,972	7,00	5,375	1,890	0,059
<b>8 - Vestir-se</b>	1,00	2,108	3,50	2,415	<b>2,236</b>	<b>0,025</b>
<b>9 - Escadas</b>	1,50	2,415	3,50	3,375	<b>2,000</b>	<b>0,046</b>
10 - Banho	0,00	0,00	,00	,000	0,000	1,000

### 3.5. IMPLICAÇÕES DO EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Pela análise anterior verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas da medida do Teste de Tinetti e do Índice de Barthel entre o momento de avaliação inicial e final. Todavia achamos importante saber em que medida estas variáveis se relacionam.

Assim para testar a hipótese 3 (H3) – “Os ganhos no equilíbrio e na autonomia em utentes dependentes no domicílio têm uma relação direta entre si”, optamos por executar uma análise bivariada com a aplicação do coeficiente de Spearman, teste não paramétrico, consequência da inexistência de normalidade de distribuição na maioria das variáveis em questão.

Quanto à interpretação do coeficiente de Spearman seguimos a sugestão de Cohen (1988) que considera correlações fracas se  $r \leq 0,29$ , moderadas se  $r \geq 0,30$  e  $< 0,50$ ; e fortes se  $r \geq 0,50$ .

Assim, analisando os resultados obtidos na tabela 21 verificamos que há uma correlação forte ( $r$  maior que 0,50) e estatisticamente significativa ( $p$  menor que 0,05) entre os valores do Teste de Tinetti e os valores da Índice de Barthel nos dois momentos de avaliação, o que significa que quanto maior for o equilíbrio, mais autonomia a pessoa terá.

**Tabela 21 – Resultados do teste de correlação de Spearman entre o Teste de Tinetti e Índice de Barthel no momento inicial e final de avaliação**

	Índice de Barthel Total (1ª sessão)		Índice de Barthel Total (6ª sessão)	
	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
Teste de Tinetti Total (1ª sessão)	0,792	0,006		
Teste de Tinetti Total (6ª sessão)			0,830	0,003

### 3.6. RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR INFORMAL E OS GANHOS NO EQUILÍBRIO E EM AUTONOMIA

Assim para testar a hipótese 4 (H4) – “As características sociodemográficas dos doentes dependentes interferem nos ganhos ao nível do equilíbrio e da autonomia”, optamos também pela aplicação do coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico).

Este teste estatístico foi escolhido após aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk às variáveis sociodemográficas em questão. Apenas nas variáveis: idade do utente ( $W=0,8981$ ;  $p=0,209$ ), idade do cuidador ( $W=0,860$ ;  $p=0,075$ ), nº de adultos no agregado familiar ( $W=0,885$ ;  $p=0,149$ ), e tipo de apoio domiciliário ( $W=0,874$ ;  $p=0,111$ ) apresentam normalidade na sua distribuição. Em contraponto a maioria das restantes variáveis sociodemográficas utilizadas não apresentam uma distribuição normal o que levou à escolha deste teste não paramétrico: género do utente ( $W=0,594$ ;  $p=0,000$ ); género do cuidador ( $W=0,366$ ;  $p=0,000$ ); profissão do cuidador ( $W=0,509$ ;  $p=0,000$ ); estado civil do cuidador ( $W=0,708$ ;  $p=0,001$ ); situação profissional do cuidador ( $W=0,828$ ;  $p=0,031$ ); relação do cuidador relativo ao alvo de cuidados ( $W=0,797$ ;  $p=0,013$ ); habilitações literárias do cuidador ( $W=0,766$ ;  $p=0,006$ ); situação económica ( $W=0,594$ ;  $p=0,000$ ); apoio domiciliário ( $W=0,640$ ;  $p=0,000$ ); apoio domiciliário ( $W=0,640$ ;  $p=0,000$ ). Também após aplicação deste teste de normalidade às variáveis relativas às funções corporais afetadas

de acordo com os antecedentes clínicos dos utentes não apresentaram uma distribuição normal com valores de p menores que 0,001.

Desta forma, através da análise da tabela 22 e tabela 23 constatamos apenas duas correlações: valor do Teste de Tinetti Total (1ª sessão) e a “Profissão do cuidador” com uma correlação negativa forte ( $r$  menor -0,50); e o valor do Índice de Barthel Total (1ª sessão) e o “Estado de civil do cuidador” com uma correlação negativa forte ( $r$  menor que -0,50). Isto significa que não se verificaram correlações entre as características sociodemográficas e a avaliação final do equilíbrio e autonomia.

**Tabela 22 – Resultados da correlação de Spearman entre valor do Teste de Tinetti Total (1ª sessão) e a “Profissão do cuidador”**

	Profissão do cuidador	
	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
Teste de Tinetti Total (1ª sessão)	-0,643*	0,045

**Tabela 23 - Resultados da correlação de Spearman entre o Índice de Barthel Total (1ª sessão) e o “Estado de civil do cuidador”**

	Estado civil do cuidador	
	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
Índice de Barthel Total (1ª sessão)	-0,892	<0,001

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tento em conta os resultados apresentados passaremos a análise e discussão dos mesmos com base nos objetivos e hipóteses formuladas, à luz duma apreciação crítica comparativa com a literatura atual. Todavia não encontramos outros estudos equivalentes razão pela qual recorreremos a outros estudos com alguns paralelismos em termos de variáveis, metodologia ou conclusões passíveis de fazer uma análise crítica.

### 4.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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 e esta vai de encontro aos dados sociodemográficos descritos na introdução, obtidos em entidades oficiais relativos à área geográfica correspondente à população em estudo. De facto, a amostra apresenta uma média de idades relativamente elevada (61,9 anos), próxima do fim da idade ativa, o que se coaduna com uma população progressivamente mais idosa, como descrito. Quanto ao gênero, 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.

Relativamente às outras características sociodemográficas que mais se destacaram dos cuidadores informais são: a escolaridade entre 1º ou 2º ciclo concluídos (70%); metade são casados ou em união de fato(a) (50%); verifica-se ainda que os agregados familiares são maioritariamente pequenos (70% apresentam menos de 3 elementos); maioritariamente exerceram ou exercem funções no setor terciário (80%), apesar de apenas 20%–estão ativos no mercado de trabalho; também se verifica que mais de metade descrevem a sua situação económica como razoável (70%), apesar de 60% serem 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 pobreza.

Relativamente aos utentes dependentes alvo de cuidados a sua idade, apesar de terem uma média elevada (80,8) os seus valores variavam muito, indo dos 54 aos 97 anos. Em termos de género são maioritariamente femininos (70%) e todos sofrem afeções que afetam uma variedade de funções corporais. As afeções mais frequentes estão 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 doença afeta o sistema metabólico e endócrino onde o corpo é incapaz de regular a glucose sérica em excesso. Esta condição crónica têm

um 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 (OECD, 2021b).

Também encontramos uma grande variedade de outras condições cónicas coexistentes num mesmo utente 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.

#### **4.2. CONHECIMENTOS SOBRE EQUILÍBRIO CORPORAL, DE UM GRUPO DE CUIDADORES INFORMAIS NA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO, ANTES E APÓS A APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO**

No que se refere a caracterizar os conhecimentos do grupo de cuidadores informais de utentes dependentes em contexto domiciliário sobre equilíbrio corporal antes da aplicação do programa de capacitação, verificamos que inicialmente o nível de conhecimentos nos 10 itens teórico práticos avaliados era muito baixo, sendo que apenas 0 a 10 % dos cuidadores informais demonstraram conhecimento em qualquer das categorias avaliadas. Por oposição no final de programa o nível de conhecimento demonstrado pelos cuidadores informais nos 10 itens avaliados na grelha de observação era muito positivo, apresentando uma mediana de 90% com valor mínimo de 60% e máximo de 100%.

Este método de aplicação de programa de capacitação para cuidadores baseado em sessões teórico-práticas com apoio de material informativo em papel já foi utilizado num outro estudo de Raposo et al. (2020). Nesse estudo de caso realizou-se a capacitação do cuidador familiar para o posicionamento anti-espástico no cuidado à pessoa vítima de AVC com elevada dependência e portador de espasticidade com resultados positivos. Em ambos os estudos o fato de se conseguir demonstrar que no final das sessões do cuidador

domina os conhecimentos teórico-práticos transmitidos aumenta 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 (2018) 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.

### 4.3. IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL NA ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL NO EQUILÍBRIO DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

No nosso estudo verificou-se na avaliação inicial, uma média de 2,10 pontos e na avaliação final uma média é de 11,00 pontos no Teste de Tinetti (Tabela 16). Isto mostra que os utentes alvo de cuidados recuperam em média **8,90** pontos no seu equilíbrio corporal, sendo este aumento estatisticamente significativo (Tabela 17), o que confirma a hipótese levantada.

No que se refere aos resultados das suas subdimensões que compõe o teste de Tinetti a maioria dos utentes pontuaram na 1ª subdimensão (avaliação do equilíbrio sentado - 1º ao 9 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 (2020) 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, apresentado 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.* (2013) também observaram ganhos de equilíbrio significativos após aplicação de programa de treino proprioceptivo 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* (2019) também foi aplicado um programa de Enfermagem de Reabilitação ao idoso ligado ao equilíbrio nomeadamente ao treino proprioceptivo. 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.

#### 4.4. CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO DA PESSOA DEPENDENTE E O IMPACTO NA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

No nosso estudo verificou-se na avaliação inicial uma média de 20,50 pontos e na avaliação final uma média de 41,50 pontos no Índice de Barthel (Tabela 18). Isto mostra que os utentes alvo de cuidados recuperam em média **21,00** pontos no seu nível de autonomia, sendo este aumento estatisticamente significativo (Tabela 19), o que confirma a hipótese levantada.

Também ao analisarmos os resultados referentes a cada subdimensão do Índice de Barthel na avaliação inicial e final (Tabela 20) constamos ganhos em todas as subdimensões, exceto na subdimensão “Banho”. Nesta atividade básica de vida diária os utentes se mantiveram totalmente dependentes pontuando zero. Todavia apenas nas seguintes subdimensões esse aumento foi estatisticamente significativo: “**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).

No mesmo estudo atrás mencionado de Gil, Sousa e Martins (2020) também constamos 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 utentes alvo de cuidados no nosso estudo.

#### 4.5. RELAÇÃO ENTRE EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO APÓS CAPACITAÇÃO DO RESPETIVO CUIDADOR INFORMAL PARA A ABORDAGEM DO EQUILÍBRIO CORPORAL

No nosso estudo verificou-se que há uma correlação forte ( $r$  maior que 0,50) e estatisticamente significativa ( $p$  menor que 0,05) entre os resultados do Teste de Tinetti e os resultados da Índice de Barthel quer no 1º momento da avaliação final, quer no 2º momento correspondendo à avaliação final (Tabela 21).

Em um outro estudo realizado por Garcia et al (2019) também foi constatado, além de ganhos em equilíbrio, ganhos na sua capacidade funcional e conseqüentemente na autonomia. Isto corrobora a ligação encontrada no nosso estudo em que há correlação positiva entre ganhos em equilíbrio e autonomia. Segundo os nossos resultados estas duas variáveis estão intimamente ligadas sendo necessários outros estudos mais aprofundados para determinar se há uma relação de casualidade ou outro tipo de relação

#### 4.6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR INFORMAL E AS ALTERAÇÕES DECORRENTES NO EQUILÍBRIO CORPORAL E AUTONOMIA NA PESSOA DEPENDENTE.

Ao estudarmos a relação entre as características sociodemográficas do cuidador informal e as alterações decorrentes no equilíbrio corporal e autonomia na pessoa dependente em contexto domiciliário, após capacitação do cuidador informal para a abordagem do equilíbrio corporal, verificou-se no nosso estudo que há uma correlação negativa forte ( $r$  menor que -0,50) e estatisticamente significativa ( $p$  menor que 0,05) entre os resultados do Teste de Tinetti (1ª sessão – avaliação final) e a “profissão do cuidador” e os resultados da Índice de Barthel (1ª sessão – avaliação inicial) e o “estado civil do cuidador” (tabela 22,

tabela 23). Assim só encontrarmos correlação entre as características sociodemográficas estudadas e os resultados do Teste de Tinetti e Índice de Barthel na avaliação inicial. Uma vez que não existe correlação com os resultados das avaliações do equilíbrio e autonomia na avaliação final, ou seja, não se encontrou relação com os ganhos em equilíbrio e autonomia obtidos e por conseguinte se rejeita esta hipótese.

No estudo de Sendão (2018) que se centrou na aplicação de um programa de Enfermagem de reeducação motora em idosos, ou seja também focada na variável dependente autonomia também não encontrou qualquer associação com variáveis sociodemográficas desses idosos como a idade, género, morbilidades.

## **5. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO E FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Este estudo tem como principal vantagem desenvolver conhecimento em contexto prático, dentro da ação dos próprios serviços de saúde. Assim a prática baseada na evidência é um instrumento por excelência, de apoio à tomada de decisões dos serviços clínicos contribuindo para uma ação mais eficiente e mais eficaz. Da mesma forma os EEER ao utilizarem uma abordagem baseada na evidência na sua prática promovem a reflexão sobre a sua prática, avaliando as suas ações utilizando informações baseadas no método científico (Internacional Enfermeiros, 2012).

Por outro lado, o facto de se ter optado por um estudo quase experimental não foi possível a criação de grupos equivalentes aleatórios ou grupos de controlo para comparar a ação na variável dependente. Também o tamanho da amostra foi sujeito às circunstâncias encontradas tendo sido menor da que inicialmente planeada.

Assim a ausência de repartição aleatória reduz a validade interna e validade externa da experimentação. Todavia estamos conscientes destas limitações e pensamos que, pesando todos outros fatores como a exequibilidade e potências ganhos para a prática clínica, estes suplantam as suas desvantagens (Fortin & Salgueiro, 2003).

Um parâmetro importante ter em conta em futuros estudos nesta área seria o estado motivacional dos cuidadores. Esta variável pode ter condicionado a eficiência do programa de capacitação e explicar a não obtenção de resultados superiores na grelha de observação.

Em termos de gestão dos cuidados especializados em contexto domiciliário à pessoa dependente com cuidador informal, que é uma realidade importante da nossa RNCCI, penso que este exercício de investigação demonstrou um caminho de como otimizar esta relação. Os cuidadores informais, apesar de poderem estar motivados, tem na sua maioria necessidades formativas em saúde que só podem ser colmatadas até certo ponto. Por outro lado, o EEER por mais disponibilidade que tenha não podem substituir-se ao cuidador informal e transformar o domicílio do utente numa espécie de internamento. Assim, se deveria investir numa abordagem híbrida e dinâmica em que o cuidador informal é avaliado caso a caso quanto ao seu potencial na prestação de cuidados básicos. Posteriormente

estes deveriam ser sujeitos a programas de capacitação de maneira a criar as bases para implementação de programas especializados de reabilitação.

Por conseguinte e olhando a investigação realizada neste estudo o equilíbrio estático sentado deveria ser incluído nos parâmetros a avaliar e capacitar os cuidadores de utentes idosos dependentes apostando em formação específica para o efeito. Este poderá ser feito por vários meios como por exemplo: visitação domiciliária, campanhas de informação alusivas ao tema; uso de meios adjuvantes de transmissão de informação como panfletos, cartazes, comunicações orais.

## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Durante a elaboração deste trabalho procuramos avaliar o impacto do programa de capacitação de cuidadores informais na abordagem do equilíbrio corporal de utentes 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, com experiência no setor terciário, com agregados pequenos, e metade com estado civil casado.

Relativamente aos utentes 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 verificamos que conseguimos ganhos significativos nos utentes alvo de cuidados de 8,90 pontos no Teste de Tinetti e 21,00 pontos no Índice de Barthel, o que significa que o programa de capacitação para o respetivo cuidador informal teve um impacto benéfico no grau de equilíbrio e autonomia dos utentes dependentes em ambiente domiciliário

Dentro deste índice tivemos 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).

Verificamos ainda que os ganhos ao nível do equilíbrio e da autonomia da pessoa cuidada, estão correlacionados de forma positiva sendo necessários estudos mais aprofundados para definir se a sua relação é de causalidade ou outra. Por outro lado, não encontramos correlação entre variáveis sociodemográficas estudadas e os ganhos em equilíbrio e autonomia.

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 através da capacitação do respetivo cuidador informal levando a ganhos no seu equilíbrio e autonomia.

Este impacto nível de equilíbrio e autonomia poderá servir de base para execução de programas de Enfermagem de Reabilitação mais avançados e ou com objetivos mais altos, por exemplo em contexto de visitação domiciliária.

**CAPÍTULO II: PROCESSO FORMATIVO E  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E  
ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

# **REFLEXÃO SOBRE O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Durante este estágio profissional tinha como objetivo o desenvolvimento de atividades em contexto real que promovessem a prática de competências profissionais adquiridas ou aprimoradas, mas também com uma componente de investigação, procurei orientar as minhas experiências nesse sentido. Todavia não me fazia sentido organizar o estágio em parcelas em que parte do tempo me centrava na componente prática de prestação de cuidados especializados ao utente e família/comunidade e noutra parte do tempo me focaria na investigação.

Assim optei por integrar estas duas componentes baseando-me numa prática baseada na evidência. Assim, construímos um projeto de investigação em que me foi possível ter contacto direto com os utentes e desenvolver as minhas competências práticas, aplicar uma ação investigativa, e colher dados em contexto real dentro do plano de trabalho da ECCI.

Este estágio foi muito gratificante porque me senti parte da equipa multidisciplinar da UCC contribuindo para a melhoria do estado de saúde dos seus utentes na comunidade e simultaneamente contribuir para a implementação da atividade formativa de cuidadores informais e processo de investigação.

Por outro lado, no processo de implementação do projeto de investigação colaborei na gestão dos cuidados de enfermagem uma vez que a ação de investigação foi integrada no fluxo normal de trabalho da UCC. Isto possibilitou a articulação na equipa de saúde através da otimização da resposta da ECCI para que fosse possível a execução das ações planeadas com os restantes cuidados necessários aos utentes e família. Para facilitar esse processo de colaboração com a equipa as intervenções no projeto de investigação foram delineadas para funcionar como parte da ação corrente da ECCI.

Desta forma, através da atividade diária da ECCI, colaborei e intervim em modo de visita domiciliária no âmbito da Gestão do Regime terapêutico, tratamento de feridas e principalmente no âmbito da reabilitação motora, respiratória e neurológica. Uma vez que a minha ação foi em ambiente de comunidade, tive a possibilidade de desempenhar funções no domínio do cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de

vida, e em vários contextos que diferem de utente para utente como também da família e comunidade onde se integra. A maioria das referências para a ECCI eram realizadas pelas Unidades de Saúde Familiar por síndrome de desuso com necessidade de cuidados especializados de enfermagem de Reabilitação. Um fato interessante é que alguns destes utentes já foram utentes da ECCI anteriormente por referência hospitalar ou cuidados de saúde primários. Ao mesmo tempo também fui identificando as necessidades de intervenção no domínio de Reabilitação analisando as principais necessidades dos utentes, as principais preocupações dos elementos da UCC na sua ação, a organização e recursos materiais e humanos disponíveis como base para a minha ação no estágio profissional e mais especificamente para a elaboração do projeto de investigação exequível no tempo disponível.

Assim tive a oportunidade de participar ativamente em ações primordiais como a primeira visita domiciliária ao utente, em articulação com a restante equipa multidisciplinar (área social, área médica), onde era realizada a avaliação do utente recorrendo as escalas padronizadas e delineado objetivos a atingir e ações correspondentes tendo sempre em conta o seu ambiente familiar e/ou comunitário, estrutura física.

Muitos desses utentes da ECCI eram maioritariamente idosos e com cuidadores respetivos com necessidades formativas em diferentes áreas do autocuidado. Muitos utentes tinham um nível elevado de dependência nas atividades de vida diária, sendo um dos principais motivos de referência a Reabilitação em contexto de síndrome de desuso.

Ao conceber, implementar e avaliar programas de reabilitação a estes utentes, o que implicava muitas vezes reabilitação motora, deparei-me com o fato de que a maioria dos utentes dependentes a nível de mobilidade passavam a maior parte do dia em posições de relaxamento em cama ou cadeirão. Ou seja, em termos de controlo postural não faziam esforço e isto era deveras evidente quando avaliados em termos de equilíbrio. Esta constatação, em termos de senso comum, foi a base para a discussão e elaboração do projeto de investigação descrito neste relatório com o intuito da maximização da funcionalidade destes utentes desenvolvendo as suas capacidades. Por conseguinte ao implementar este projeto foi nos possível desenvolver um programa de reabilitação com componente formativa e avaliar os seus resultados contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Apesar da reabilitação neuromuscular ser um dos meus focos de interesse também tive oportunidade de exercer e aprimorar as minhas competências profissionais em outros casos desafiadores de acordo com a evidência científica atual. Um exemplo disso foi um

utente que sofria de patologia respiratória e que me marcou particularmente. Esse utente já tinha sido referenciado anteriormente, com o intuito de realizar reabilitação respiratória, para ECCI. Todavia apesar de ter tido alta dos cuidados da ECCI anteriormente, a sua condição de doente com patologia crónica avançada tinha deteriorado muito a sua condição física tendo sido referenciado após internamento hospitalar em contexto de exacerbação da doença de base. Consequentemente após avaliação da ECCI foi estabelecido um programa de reabilitação respiratória em modo de visita domiciliária, pois o utente estava dependente de oxigenoterapia no domicílio e mobilidade comprometida, não tendo energia para subir escadas. Com o progredir da implementação do programa o utente apresentou pequenos ganhos e as sessões às vezes tinham de ser interrompidas ou encurtadas devido a falta de tolerância física do utente. Como o passar do tempo a equipa optou por focar as suas ações mais no apoio psicológico ao utente e família para lidar com uma situação de doença crónica avançada. Apesar de tudo, já no final do estágio esse utente acabou por falecer em contexto de insuficiência respiratória crónica agudizada. Posteriormente a equipa procedeu a nova visita à família para prestar apoio psicológico e recebeu um agradecimento sentido por tudo o que tínhamos feito. Este episódio permitiu-me desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade de modo a gerar respostas adaptativas às reais necessidades das pessoas e família ou comunidade.

Durante todo o estágio profissional primei a minha prática profissional pelo respeito ético e legal de acordo com os princípios ético e deontológicos da profissão de Enfermagem de Reabilitação. Exemplo disso foi o próprio desenho do trabalho de investigação em que garantimos o anonimato, garantimos o consentimento informado dos intervenientes respeitando a sua vontade. Além disso a intervenção nunca pôs em causa o bem-estar do utente sendo adotada uma postura antecipatória sendo incluída por exemplo cuidados de segurança no programa de capacitação para o cuidador informal.

## CONCLUSÃO GERAL

Ao longo deste relatório final descrevo de forma fundamentada e crítica a atividade desenvolvida no Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III- Maia-Valongo.

De acordo com os objetivos gerais propostos, primei a minha ação profissional de Enfermagem de Reabilitação, conjugando atividades baseadas em intervenções diretas sobre o utente, família e comunidade, como também atividades de cariz formativo e de investigação.

Para isso, recorri a todos os instrumentos adquiridos ao longo do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação, procurando delinear um projeto de ação neste campo de estágio, que fosse aplicar e desenvolver as competências até então adquiridas.

Após a fase de diagnóstico da situação, deparei-me com vários problemas de saúde nesta comunidade. Todavia, demonstrei particular interesse pelas situações associadas ao envelhecimento e dependência destes utentes e, conseqüentemente, de como abordar o cuidado a estas pessoas e seus cuidadores, no seu domicílio.

Assim, delineamos, executamos e avaliamos um trabalho de investigação no decorrer deste estágio onde desenvolvi competências teórico-práticas de investigação mais orientado para a prática, baseadas na evidência, no sentido de apontar um caminho na resolução destes problemas. Desta forma, o desenvolvimento e estudo de cuidados especializados, como a capacitação dos cuidadores informais para o exercício do seu papel em contexto domiciliário, foi um exemplo de um contributo comprovado com evidência científica, importante para a continuidade do processo de reabilitação em ambiente comunitário. De facto, é o cuidador informal que está a maior parte do tempo com a pessoa dependente. Se este for capaz de promover um ambiente domiciliário mais propício às intervenções terapêuticas especializadas do EEER, estas serão mais eficazes e terão maior impacto na qualidade de vida das pessoas e conseqüentemente no seu núcleo familiar.

No que se refere a aspetos fortes e fracos, deste Estágio de Natureza Profissional como um todo, posso evidenciar como ponto positivo o fato de este ser mais prolongado que os anteriores. Isto proporcionou a projeção e implementação deste trabalho de investigação em contexto real e a oportunidade de aplicar e desenvolver os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do 1º ano da nossa formação como EEER.

Adicionalmente ao elaborar e implementar um novo projeto, respondendo às necessidades da unidade de saúde em questão, permitiu-me contribuir para uma imagem geral do EEER como elemento dinamizador e essencial da equipa multidisciplinar e, deste estágio especificamente, como uma mais-valia para a unidade de saúde.

Por fim, este Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final permitiu-me cumprir os objetivos pré-definidos e desenvolver competências consagradas pela Ordem dos Enfermeiros relativas à figura do EEER. Além disso este caminho escolhido, ao ser interativo com os vários intervenientes no processo de saúde em contexto real, foi extremamente rico em experiências como também desafiador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS - DRS. (2021). *Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados - 1º Semestre 2021*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem-2021-vFinal.pdf>
- Anderson, B., Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2000). *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*. American Diabetes Association. <https://books.google.pt/books?id=glxwNwAACAAJ>
- Andrade, F. M. M. de. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal* [Universidade do Minho]. <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. [https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA instrumentos de avaliaã§ã£o geriã¡trica - 1.pdf](https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/ESCOLA_SUPERIOR_DE_ENFERMAGEM_DE_COIMBRA_instrumentos_de_avaliao_geriatrica_-_1.pdf)
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Ashworth, N. L., Chad, K. E., Harrison, E. L., Reeder, B. A., Marshall, S. C., & Ashworth, N. L. (2005). Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD004017&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, 3 (2019) (testimony of Assembleia da República). <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre/pt/html>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista Da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 199.
- Bento, M. da C. S. da S. C. (2021). *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*.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (2015). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Ravenio Books. <https://books.google.pt/books?id=KCTrCgAAQBAJ>
- Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2002). A actividade física, equilíbrio e quedas: um estudo

- em idosos institucionalizados. *Rev Port Cien Desp*, July 2015, 225–231.
- Clegg, A. P., Barber, S. E., Young, J. B., Forster, A., & Iliffe, S. J. (2012). Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22(1), 68–78. <https://doi.org/10.1017/S0959259811000165>
- Cohen, J. (1988). *Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)* (2nd ed.). Routledge.
- Costa, S. R. D. da, & Castro, E. A. B. de. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 979–986. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670617>
- Davies, P. M. (2008). *Hemiplegia: Tratamento para pacientes após avc e outras lesões cerebrais* (2º ed.). Editora Manole.
- Deontologia Profissional de Enfermagem*. (2015).
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Direção-Geral da Saúde*. (2006). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Forster, A., Lambley, R., & JB, Y. (2010). Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age & Ageing*, 39(2), 169–175. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp247>
- Fortin, M.-F., & Salgueiro, N. R. M. (2003). *O processo de investigação* (3ª ed). Lusociência.
- Garcia, S., Cunha, M., Mendes, E., Preto, L., & Novo, A. (2019). IMPACTO DE UM TREINO PROPRIOCETIVO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1 SE-Artigo), 102–107. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.12.4560>
- Gil, A., Sousa, F., & Martins, M. M. (2020). Implementação de programa de Enfermagem de Reabilitação em idoso com fragilidade/síndrome de desuso – Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 27–35. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.5.5794>
- Gonçalves, P. J. P. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado : estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2017). *Tratado de fisiologia médica*. Elsevier. <https://books.google.pt/books?id=PebVtAEACAAJ>

- INE. (2021a). *INE - Plataforma de divulgação dos Censos 2021 – Resultados Provisórios*.  
[https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- INE. (2021b). *Portal do INE - Anuário Estatístico da Região Norte*.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_doc\\_municipios](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_doc_municipios)
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas de Saúde - 2019*. 1–74.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2)
- Internacional Enfermeiros, C. DE. (2012). *Dia Internacional do Enfermeiro 12 de maio de 2012*.
- Latash, M. L. (2008). *Neurophysiological Basis of Movement*. Human Kinetics.  
[https://books.google.pt/books?id=%5C\\_fcYstm9LMkC](https://books.google.pt/books?id=%5C_fcYstm9LMkC)
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Martínez-Amat, A., Hita-Contreras, F., Lomas-Vega, R., Caballero-Martínez, I., Alvarez, P. J., & Martínez-López, E. (2013). Effects of 12-week proprioception training program on postural stability, gait, and balance in older adults: a controlled clinical trial. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 27(8), 2180–2188.  
<https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e31827da35f>
- Martins, J., Albuquerque, G., Nascimento, E., Barra, D., Souza, W., & Pacheco, W. (2007). Necessities of education in the health of elderly in-house caregivers. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(2), 254–262.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106200692&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Formasau.
- Martins, T., Morim, A., Sousa, M. R., & Bastos, F. (2016). *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Edições Enfermagem. Porto.  
<https://books.google.pt/books?id=kJaVswEACAAJ>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M. ., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Decreto-Lei n.º 101/2006 | DRE, 3856 (2006) (testimony of Ministério da Saúde).  
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Nascimento, M. de M. (2019). Queda em adultos idosos: considerações sobre a regulação do equilíbrio, estratégias posturais e exercício físico. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 13(2), 103–110. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520191800062>
- National Institute on Aging. (2017). *What Is Long-Term Care?* | National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/what-long-term-care>
- National Institute on Aging. (2021). *Four Types of Exercise Can Improve Your Health and Physical Ability* |. <https://www.nia.nih.gov/health/four-types-exercise-can-improve-your-health-and-physical-ability>
- OECD. (2021a). *Informal carers*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/0ebfc7c0-en>
- OECD. (2021b). Health at a Glance 2021. In *Health at a Glance 2021*. OECD. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>
- OPSS. (2021). *20 anos de Relatórios de Primavera Percurso de Aprendizagens*. <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (2019) (testimony of Ordem dos Enfermeiros - Regulamento n.º140/2019).
- Petiz, E. M. (2002). *A Actividade Física, Equilíbrio e Quedas: um estudo comparativo em idosos institucionalizados*. Porto: E. Petiz. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação física da Universidade do Porto.
- Portal do INE. (2021). [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2)
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - ePortugal.gov.pt. (2022). <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

- Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.* (2021). [https://www.ipvc.pt/esa/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/regulamento\\_mestrados\\_ipvc\\_0.pdf](https://www.ipvc.pt/esa/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/regulamento_mestrados_ipvc_0.pdf)
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (1ª edição). Lidel-Edição e distribuição.
- Rice, R., & D'Abreu, H. (2003). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários - Conceitos e Aplicação*. Lusodidacta.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Penso. <https://books.google.pt/books?id=0VZ8mgEACAAJ>
- Santos, C. A. da S. (2018). *O papel do enfermeiro de reabilitação na capacitação do cuidador informal nos cuidados domiciliários: revisão da literatura*. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5465>
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, P., Leal, M. T., Durão, M. C., & Abecasis, L. (2008). *Anatomia & fisiologia*. Lusociência. <https://books.google.pt/books?id=kpbxzgEACAAJ>
- Sendão, M. J. G. (2018). *Promoção da saúde no idoso: contributos da enfermagem de reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso institucionalizado*. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2068>
- Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J. C. T., & Lord, S. R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin*, 22(3–4), 78–83. <https://doi.org/10.1071/NB10056>
- Shirley Hoeman. (2000). *Enfermagem de Reabilitação Processo e Aplicação* (L. Lusociência - Edições técnicas e científicas (Ed.); 2ª Edição). SiG - Sociedade Industrial Gráfica, Lda.
- Shyu, Y.-I. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 32(3), 619–625. <http://10.0.4.22/j.1365-2648.2000.01519.x>
- Silva, M. (2016). Que intervenções do Enfermeiro de Reabilitação capacitam o cuidador informal para a continuidade dos cuidados, ao idoso com AVC, na comunidade? *Que Intervenções Do Enfermeiro de Reabilitação Capacitam o Cuidador Informal Para a Continuidade Dos Cuidados, Ao Idoso Com AVC, Na Comunidade?* <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1661>
- Soares, D. (2021). *Reflexão Crítica sobre estudos Quasi-Experimentais*.

<https://doi.org/10.34624/hmtj-qg49>

- Tinetti, M. E. (1986). Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
- Tinetti, M. E. (2003). Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 348(1), 42–49. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106699538&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Toubarro, F. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta. <https://books.google.pt/books?id=CAvstAEACAAJ>
- TUCKMAN, B. W. (2012). *Manual de Investigação em Educação* (Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.); 4ª Edição).
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª edição, pp. 351–363). Lusodidacta.
- Walston, J. D. (2021). *Frailty - UpToDate*. [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)

**ANEXOS**

## ANEXO A: TESTE DE TINETTI E INDICE DE BARTHEL

## TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa:

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA - EQUILÍBRIO SENTADO
0 – inclina – se ou desliza na cadeira
1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
2 – estável, seguro
2. LEVANTAR –SE
0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª
Tentativa
2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços
3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)
0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)
1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
2 – estável sem qualquer tipo de ajudas
4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS
0 – instável
1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados $\geq$ 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
2 – pés próximos e sem ajudas
5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)
0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
2 – estável
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>
0 – instável
1 – estável
<b>7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)</b>
0 – instável (agarra – se, vacila)
1 – estável, mas dá passos descontínuos
2 – estável e passos contínuos
<b>8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)</b>
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável
<b>9. SENTAR-SE</b>
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso
Pontuação parcial: ___/16
<b>EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA</b>
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.
<b>10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)</b>
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar

1 – sem hesitação
11. LARGURA DO PASSO (pé direito)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
12. ALTURA DO PASSO (pé direito)
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
15. SIMETRIA DO PASSO
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
16. CONTINUIDADE DO PASSO
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas
18. ESTABILIDADE DO TRONCO

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>
0 – calcanhares muito afastados
1 – calcanhares próximos, quase se tocam
Pontuação parcial: __ / 16
Pontuação total: __ / 28

Autores: Escala criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewsky.

Versão em português de Petiz, E.M (Apóstolo, 2012).

Enviado email à autora original Mary Tinetti a pedir permissão para utilização da escala.

## **BARTHEL ADL Índice**

Sexo \_\_\_\_\_ - Idade \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

Atividades:

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

\_\_\_\_\_

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

\_\_\_\_\_

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

\_\_\_\_\_

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

\_\_\_\_\_

Alimentar

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

---

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

---

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

---

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

---

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.:  
muletas ou bengala)

---

Banho

0 = Dependente

5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

---

Total (0 - 100) \_\_\_\_\_

Índice de Barthel da autoria de Mahoney FI, Barthel D, de 1965.

Validado para Portugal: Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007).

Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25(2), 59–66.

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>

Escala proposta pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação como instrumentos a ser utilizado para a Recolha de dados

De acesso livre para fins não comerciais (Ordem dos enfermeiros, 2016).

ANEXO B – DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DA APRECIÇÃO  
POSITIVA PARA A REALIZAÇÃO DESTE ESTUDO POR PARTE DA  
COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSN E RAI DO ACES MAIA-VALONGO

COMUNICAÇÃO  INFORMAÇÃO  PARECER DATA: 2022-01-18  
REFERÊNCIA: CE/2022/9

PARA .....: CONSELHO DIRETIVO

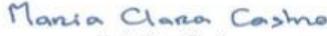
DE .....: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20210100 - IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADOR  
INFORMAL NO EQUILÍBRIO CORPORAL DO IDOSOS  
DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

EXARADO NA ATA N.º 2022\_05  
REUNIÃO DE 2022-01-27

DELIBERADO AUTORIZAR  
2022-01-27

  
Carlos Nunes  
Presidente do CD

  
Maria Clara Castro  
Vice Presidente do CD

  
Paula Duarte  
Vogal do CD

#### A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (CES ARSN) recebeu no dia 17 de novembro de 2021 o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado "Impacto da capacitação do cuidador informal no equilíbrio corporal do idoso dependente em contexto domiciliário", cujo objetivo geral é avaliar o impacto de um programa de capacitação de cuidadores informais no equilíbrio corporal de idosos dependentes em contexto domiciliário. O projeto visa ainda o desenvolvimento de competências, pelo proponente, na prática de investigação no âmbito dos cuidados a pessoa com necessidades na área de Enfermagem de Reabilitação, contribuindo, de igual modo, para uma prática baseada na evidência. O projeto tem como investigador responsável Ezequiel David Mesquita Pinto, Estudante do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC). O estudo enquadra-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional que o proponente está a realizar na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III- Maia-Valongo.

Os orientadores do projeto são a Prof. Doutora Salomé Ferreira da ESS-IPVCE e o Mestre Sérgio Magalhães. Participa no estudo a Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III- Maia-Valongo. Os custos do projeto são suportados pelo autor. O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão.

#### A- Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de um estudo com uma abordagem descritiva e analítica, quase experimental, com intervenção na população observada antes e depois. A população alvo são os cuidadores informais dos utentes idosos dependentes inscritos na ECCI de Ermesinde, a partir de uma amostra de conveniência selecionada no período de dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, com base nos seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador principal do idoso dependente; ter mais de 18 anos e saber ler e escrever. Os idosos alvo de cuidados terão que ter mais de 65 anos, estar integrados na ECCI de Ermesinde e o seu grau de dependência ser moderada ou grave de acordo com o índice de Barthel. Será aplicado um questionário sociodemográfico, uma grelha de observação e uma escala para avaliação de equilíbrio e nível de independência do sujeito para a realização de atividades básicas de vida. O estudo visa implementar um programa de capacitação dividido em 6 sessões, com 2 sessões por semana, em contexto de visita domiciliária, à exceção da última sessão de reavaliação que decorrerá na 6.ª semana.

Com vista a assegurar o anonimato dos participantes no estudo e a confidencialidade dos dados, os participantes serão identificados com um código numérico. O investigador compromete-se com o respeito das diretrizes éticas para a investigação. É solicitado o consentimento livre e esclarecido, dando-se informação sobre os riscos e benefícios decorrentes da participação no estudo quer ao cuidador informal familiar, quer ao utente alvo de cuidados, salvo se este último não tiver capacidade cognitiva para tal. Caso o cuidador informal e familiar direto não forem a mesma pessoa será pedido consentimento a ambos. Também é garantido o uso exclusivo dos dados recolhidos para fins académicos. A análise de resultados será descritiva e inferencial com recurso a testes paramétricos. O tratamento de dados será informatizado com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Espera-se com os resultados deste estudo desenvolver conhecimento baseado na evidência, isto é, dentro da ação dos próprios serviços de saúde, e a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O estudo conta com o parecer favorável da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III-Maia-Valongo.

#### C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo, a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN considera que estão assegurados os procedimentos que garantem o respeito das normas éticas relativas à proteção dos dados pessoais, dos direitos e dos interesses dos participantes, pelo que delibera dar parecer favorável à realização do estudo. Todavia, recomenda-se que no questionário a questão sobre o "Sexo" seja substituída pelo "Género" com as seguintes possibilidades de resposta: Feminino, Masculino, Outro (Indique p.f. se desejar); Prefiro não dizer. Assim colocada, a questão torna-se mais inclusiva e eticamente adequada.

O investigador deve comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído. Decisão aprovada por unanimidade em reunião do dia 18 de janeiro de 2022.



Maria José Ferreira Santos  
Presidente da Comissão de Ética



Rua Santa Catarina, 1288  
4000-447 PORTO

Tel: 220411000  
Fax: 220041005

arsn@arsnorte.min-saude.pt  
www.arsnorte.min-saude.pt

COMUNICAÇÃO     INFORMAÇÃO     PARECER    DATA: 14/01/2022  
Nº 01/2022

PARA: Ezequiel David Mesquita Pinto

DE: Responsável pelo Acesso à Informação (RAI)

ASSUNTO: Pedido de Parecer projeto de Investigação

Através de e-mail subscrito por Ezequiel Pinto, datado de 30 dezembro de 2021, dirigido para o CCS, foi solicitado emissão de parecer, na qualidade de Responsável do Acesso à Informação (RAI), do ACES Maia/Valongo, sobre o projeto de investigação intitulado "IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL NO EQUILÍBRIO CORPORAL DO IDOSO DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO", no âmbito do VI mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde, a realizar na ECCI Ermesinde, sob orientação do Enfermeiro Sérgio Magalhães.

Após análise do pedido, afiguram-se acauteladas as questões previstas na Lei da Investigação Clínica n.º 21/2014, de 16 de abril (versão atualizada) e o respeito pelas regras impostas pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), que se impõem no âmbito desta matéria.

Nessa conformidade emito, parecer favorável.

Paula Sousa  
  
Cecília Pinto - III  
Maia/Valongo  
UAG DEP-RAI

14 de janeiro de 2022



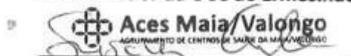
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES  
MAIA-VALONGO E COORDENADORA DA UCC ERMESINDE PARA  
A REALIZAÇÃO DESTE ESTUDO.

Maia, 3 de Novembro de 2021

**Assunto: Parecer sobre estudo de investigação.**

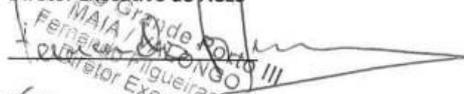
Proposta a realização do estudo: "Efeitos da capacitação dos cuidadores informais no equilíbrio corporal de idosos dependentes em contexto domiciliário" na ECCI de Ermesinde no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo pelo Enfermeiro Ezequiel Pinto, e após leitura do seu projeto de investigação, nada temos a opor, emitindo o parecer favorável à sua realização.

**Coordenador da UCC de Ermesinde**

  
Aces Maia/Valongo  
AGRUPAMENTO DE CENTROS SAÚDE MAIA/VALONGO  
UCC de Ermesinde

Enf. Susana Cunha

**Diretor Executivo do ACES**

  
ACES Maia/Valongo  
MAIA/Grande Porto III  
Ferreira Filgueiras  
Diretor Executivo Dr.  
Dr. Fernando Filgueiras

## **APÉNDICES**

APÊNDICE I – PLANO DE SESSÕES DO PROGRAMA DE  
CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS PARA O  
EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO E BROCHURA DE APOIO  
UTILIZADA.

PLANO DE SESSÕES DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS PARA O EQUILÍBRIO ESTÁTICO SENTADO	
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar o cuidador informal na abordagem do equilíbrio estático sentado de utentes dependentes em contexto domiciliário</li> </ul>
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o conceito de equilíbrio estático</li> <li>• Demonstrar as implicações do envelhecimento no declínio de capacidades físicas nomeadamente a manutenção do equilíbrio corporal.</li> <li>• Consciencializar o cuidador informal para os riscos da perda de autonomia ligadas ao comprometimento do equilíbrio corporal.</li> <li>• Consciencializar sobre as vantagens do treino de equilíbrio no utente na melhoria das atividades de vida diária.</li> <li>• Ensinar, instruir e treinar o posicionamento sentado e cuidados inerentes para estimular o controlo postural.</li> <li>• Alertar sobre conselhos de segurança para prevenir quedas ou lesões músculo-esqueléticas.</li> </ul>
CONTEÚDOS TEÓRICO-PRÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilíbrio estático sentado.</li> <li>• Fisiologia do equilíbrio: mecanismos principais.</li> <li>• Treino do equilíbrio estático sentado.</li> <li>• Produtos de apoio ao controlo postural.</li> <li>• Prevenção de quedas e lesões músculo-esqueléticas.</li> </ul>
MÉTODOS PEDAGÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método expositivo, demonstrativo e ativo: exposição de conteúdos teóricos.</li> <li>• Demonstração de procedimentos práticos e realização de dinâmicas práticas.</li> </ul>
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação através da aplicação Grelha de observação de aspetos teórico-práticos antes e no final do programa.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação através da aplicação do teste de Tinetti e Índice de Barthel ao utente dependente alvo de cuidados.</li> </ul>
RECURSOS PEDAGÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brochura em papel com conteúdo de apoio teórico-prático.</li> <li>• Adaptação de produtos de apoio já existentes no domicílio para controlo postural.</li> <li>• Grelha de observação de aspetos teórico-práticos antes e no final do programa.</li> <li>• Escalas de avaliação de equilíbrio e autonomia aplicadas no início e no final do programa.</li> </ul>
NÚMERO DE SESSÕES	<p>Total de 6 sessões.</p> <p>Primeiras 5 sessões 1 a 2 vezes por semana conforme conveniência da ECCL e cuidador cuidador informal.</p> <p>A sessão de avaliação a ser realizada na 6ª semana após o início do programa.</p>
DURAÇÃO E ATIVIDADES	<p>30 Minutos cada sessão</p> <p>1ª Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Introdução do estudo e seus objetivos. Prestação do documento do Consentimento Informado.</li> <li>❖ Aplicação do questionário socio demográfico ao cuidador informal.</li> <li>❖ Avaliação inicial através da aplicação da Grelha de observação sobre conhecimentos teórico-práticos no âmbito do equilíbrio estático sentado.</li> <li>❖ Avaliação inicial através da aplicação do Índice de Barthel e o Teste de Tinetti ao utente alvo de cuidados.</li> </ul> <p>2ª Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fornecimento e apresentação de brochura em papel</li> <li>❖ Desenvolvimento dos conceitos teórico-práticos.</li> <li>❖ Ensino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado.</li> </ul>

	<p>3ª Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Instrução e treino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente dependente a seu cuidado.</li><li>❖ Adaptação de material de apoio disponível no domicílio.</li></ul> <p>4ª Sessão:</p> <p>Reforço e elogio ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente a seu cuidado.</p> <p>5ª Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Supervisão do cuidador informal na aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado.</li></ul> <p>6ª Sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Avaliação final através da aplicação da Grelha de observação sobre conhecimentos teórico-práticos no âmbito do equilíbrio estático sentado.</li><li>❖ Avaliação final do equilíbrio e o grau de dependência do utente alvo de cuidados através da aplicação do Índice de Barthel e o Teste de Tinetti ao utente alvo de cuidados.</li></ul>
--	--

## CONSELHOS DE SEGURANÇA

Se usar cadeira de rodas trave as rodas e remova os descansos de pés.

Remova obstáculos e barreiras próximas.

Explique sempre, com instruções verbais simples e claras, antes de posicionar.

Conte até 3 para antes de iniciar o movimento, coordenando o esforço com o idoso.

No posicionamento não puxe pelas articulações.

Se achar que não é capaz não corra riscos, **PEÇA AJUDA.**

Se o idoso começar a cair não resista à queda. Acompanhe-o suavemente e proteja-se a si e ao idoso para não se magoar. Proteja a cabeça do doente para não bater no chão e **PEÇA AJUDA.**

Em caso de dúvida contacte o seu Enfermeiro de Reabilitação.

## EQUILÍBRIO ESTÁTICO

À medida que o corpo humano envelhece este passa por alterações que levam ao declínio de algumas capacidades físicas comprometendo a manutenção do equilíbrio corporal e consequentemente a sua autonomia.

Isto aumenta do risco de queda e úlceras de pressão.

O ensino, instrução e treino de equilíbrio no idoso pode ter resultados significativos na melhoria das atividades de vida diária.

Horário de funcionamento da ECCI de ERMESINDE

Dias úteis 8h-20h

Fins-de-semana feriados  
9h-17h



**Os cuidados prestados aos fins-de-semana e feriados são programados semanalmente**

Telefone: 229735788.

Email: [ecci.ermesinde@arsnorte.min-saude.pt](mailto:ecci.ermesinde@arsnorte.min-saude.pt)

Morada: Rua Professor Ega Moniz 4445-401  
Ermesinde

## Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Ermesinde

Equilíbrio estático sentado no idoso dependente



Informação de apoio ao cuidador

## CADEIRÃO RÍGIDO/CADEIRA DE RODAS

Deve ter descanso para os braços;

Deve ter uma altura que permita estar sentado com os dois pés no chão e com os joelhos posicionados a 90º;

Os assentos baixos podem ser compensados com a colocação de almofadas;

Os assentos altos podem ser compensados cortando os pés.

### POSICIONAMENTO

Conservar a posição da anca a 90º e tronco na vertical com apoio dorsal (almofada);

Evitar que o tronco descaia para a frente ou para o lado;

Ter apoio rígido para os braços (mesa de apoio regulável ou equivalente). Se a pressão for forte pode colocar-se uma almofada por baixo dos cotovelos;



Evite o deslizamento dos braços para baixo;

A cabeça não deve ser apoiada., permitindo que esteja livre.

COINCIDIR ESTES MOMENTOS COM PERÍODOS DE MAIOR ESTIMULAÇÃO (POR EXEMPLO:



NOS PERÍODOS DAS VISITAS, DE CONVÍVIO COM OS PARES OU OUTRAS ATIVIDADES), PROMOVENDO MAIOR TOLERÂNCIA E MELHOR CUMPRIMENTO DA POSTURA CORRETA.

### CORREÇÃO DO POSICIONAMENTO

Muitas vezes o doente fica com o tronco inclinado para trás e as pernas esticadas para a frente, o que reforça posturas anormais.



### COMO CORRIGIR:

Deve posicionar-se de frente e trancar os joelhos;

Entrelaçar os dedos das mãos, conduzindo os braços estendidos para frente inclinando o tronco também para a frente;

Deve colocar as mãos debaixo da anca, transferindo o peso dele primeiro para um lado e depois para o outro, inclinando-se para trás e



pressionando os joelhos ao mesmo tempo.

Com um segundo cuidador, este posiciona-se por **trás do doente** e auxilia o levantar e reposicionar da anca.

**ESTAR ATENTO A SINAIS DE INTOLERÂNCIA, DEVENDO MANTER ESTA POSIÇÃO POR BREVES PERÍODOS INICIALMENTE.**



APÊNDICE II – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ENVIADO PARA  
ÀS DIVERSAS ENTIDADES RESPONSÁVEIS PARA APROVAÇÃO  
DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

**IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADOR INFORMAL NO  
EQUILÍBRIO CORPORAL DO IDOSO DEPENDENTE EM  
CONTEXTO DOMICILIÁRIO**

**NOME DO AUTOR:** Ezequiel David Mesquita Pinto  
**AFILIAÇÃO:** Estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo; Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário de São João.  
**ORIENTADORA** Professora Doutora Salomé Ferreira (ESS-IPVC).  
**COORIENTADOR:** Mestre Sérgio Magalhães (Enfermeiro Especialista em Reabilitação em funções no Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto III – Maia/Valongo)  
**DATA DA SUBMISSÃO:** 05 de Novembro 2021

## **Abreviaturas**

EEER: Enfermeiro de Enfermagem de Reabilitação

UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade

ACeS: Agrupamento de Centros de saúde

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	5
VISÃO GERAL .....	5
PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO .....	6
<b>OBJETIVOS</b> .....	7
OBJETIVO GERAL .....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>DESENHO DE ESTUDO E MÉTODOS</b> .....	8
TIPO DE ESTUDO .....	8
POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	8
TAMANHO AMOSTRAL E PROCESSO DE SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DA AMOSTRA .....	8
PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL .....	9
ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	9
CRONOGRAMA .....	10
<b>FORÇAS E FRAQUEZAS DO ESTUDO</b> .....	11
<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	12
<b>IMPLICAÇÃO PARA A SAÚDE DAS POPULAÇÕES</b> .....	13
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	14
APÊNDICE 1: FORMULÁRIOS, ESCALAS OU DOCUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	16
APÊNDICE 2: MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....	25
APÊNDICE 4: PARECER DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO .....	27
APÊNDICE 5: DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR DO ESTUDO .....	29
APÊNDICE 6: DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR .....	30
APÊNDICE 7: DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR .....	33

## INTRODUÇÃO

No âmbito do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo estou atualmente a realizar o Estágio de Natureza Profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ermesinde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III- Maia-Valongo.

Este Estágio visa, de acordo com o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, "complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho" (1).

Consequentemente um dos principais objetivos deste estágio é desenvolver competências na prática de investigação no âmbito dos cuidados a pessoa com necessidades na área de Enfermagem de Reabilitação, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

Neste contexto propomo-nos a realizar o trabalho de investigação, delineado neste projeto, de forma a responder aos objetivos académicos e também contribuir para o desenvolvimento da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados da UCC Ermesinde.

## APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

### Visão geral

Segundo o Instituto Nacional de Estatística no triénio 2018-2020 a esperança média de vida aos 65 anos foi estimada em 19,69 anos, sendo 17,76 anos para os homens e 21,11 anos para as mulheres. Estes valores fazem parte duma tendência crescente verificando-se, num espaço de uma década, um aumento de 1,02 anos para os Homens e 1.08 para as mulheres (2).

Todavia dos 19,6 anos de esperança de vida aos 65 anos em 2019 apenas 7,3 são de vida saudável. Nesta franja da população com 65 ou mais anos de idade a percentagem com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde é de 32,1% em 2020, sendo Portugal um dos países da União Europeia em que este valor é mais elevado comparativamente à média europeia de 24,0% (3).

Neste contexto de aumento de esperança média de vida aos 65 anos e uma percentagem significativa com situações de dependência, aliado a uma vontade da sociedade em si de cuidar destas pessoas em ambiente domiciliário o mais tempo possível, deu uma enorme relevância à figura do cuidador familiar informal e às suas necessidades educativas (4).

Neste sentido o EEER tem também como papel contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades pelo cuidador familiar, capacitando-o para a prestação de cuidados, focando-se na instrução e treino e por conseguinte contribuir para a sua motivação para responder estes desafios (5) (6).

Isto é importante na medida em que alguns cuidadores assumem esse papel por força das circunstâncias e não por opção. Ou por outro lado optaram e querem ser o cuidador principal, reconhecendo as vantagens da pessoa dependente ser cuidada num ambiente domiciliário e consequentemente mais familiar, mas carecerem de competências básicas para tal (7).

## **Pergunta de investigação**

À medida que o corpo humano envelhece este passa por alterações que levam ao declínio de algumas capacidades físicas, como diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação, da mobilidade articular e, principalmente, do equilíbrio. A capacidade de processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos do sistema nervoso central fica progressivamente diminuída comprometendo progressivamente a manutenção do equilíbrio corporal e consequentemente a sua autonomia (8).

Para combater esta realidade o ensino, instrução e treino de equilíbrio em pessoas idosas pode ter resultados significativos na melhoria nas atividades de vida diária (8).

Tendo em conta que muitos dos utentes desta ECCI são pessoas idosas em situação de dependência achamos premente avaliar o impacto da capacitação do cuidador informal relativamente a exercícios de equilíbrio estático, integrando estes cuidados no seu quotidiano.

Assim chegamos à seguinte questão de investigação:

**Quais os efeitos de um programa de capacitação de cuidadores informais no equilíbrio corporal de idosos dependentes em contexto domiciliário?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Avaliar o impacto de um programa de capacitação de cuidadores informais no equilíbrio corporal de idosos dependentes em contexto domiciliário.

### **Objetivos específicos**

Avaliar os conhecimentos e habilidades dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário sobre equilíbrio corporal;

Avaliar as alterações decorrentes de um programa de capacitação de cuidadores informais no equilíbrio corporal de um grupo de idosos dependentes em contexto domiciliário.

## DESENHO DE ESTUDO E MÉTODOS

### Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos especificados este estudo terá uma abordagem descritiva e analítica. Sendo o desenho metodológico escolhido quase experimental com intervenção antes e depois que segundo Fortin (9), embora menos rigoroso que um estudo experimental permitem observar fenómenos quando a repartição aleatória dos sujeitos é impossível ou indesejável.

### População e amostra do estudo

A população em questão serão os cuidadores informais dos utentes idosos dependentes inscritos na ECCI de Ermesinde.

A amostra a utilizar serão os cuidadores informais dos utentes idosos dependentes da ECCI de Ermesinde no período de Dezembro de 2021 a Fevereiro de 2022. Sendo assim a amostra será de cariz não probabilística e por conveniência, pois os sujeitos selecionados reportam-se a um local certo e momento adequado, e é constituída por pessoas de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão (9).

### Tamanho amostral e processo de seleção e recrutamento da amostra

O tamanho amostral pretendido será de 30 cuidadores informais de utentes idosos dependentes. A sua seleção será por conveniência por decorrer no âmbito do estágio de natureza profissional do 3º semestre do mestrado em enfermagem de Reabilitação a decorrer na ECCI de Ermesinde, obedecendo assim ao critério de facilidade de acesso e proximidade do local em questão.

O processo de seleção será realizado tendo em conta intervalo de tempo disponível para a colheita de dados como também critérios de inclusão e exclusão:

Como critérios de inclusão do cuidador:

- Assumir-se como cuidador principal do idoso dependente;
- Ter mais de 18 anos de idade;
- Saber ler, escrever.

Relativamente ao alvo de cuidados os critérios de inclusão são:

- Ter mais de 65 anos de idade;
- Integrado na ECCI de Ermesinde;
- Dependência moderada ou grave segundo o Índice de Barthel.

## **Programa de capacitação do cuidador informal**

O programa de capacitação será dividido em 6 sessões, com 2 sessões por semana, em contexto de visitação domiciliária, à exceção da última sessão de reavaliação que decorrerá na 6ª semana.

- Na 1ª sessão será aplicado ao cuidador informal um questionário socio demográfico e uma grelha de observação sobre aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado no utente ao seu cuidado. Também será avaliado o utente alvo de cuidados no que se refere ao grau de dependência na atividades básicas de vida e equilíbrio, recorrendo à Escala de Barthel e Escala de Tinetti respetivamente;
- Na 2ª sessão será realizado ensino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado;
- Na 3ª sessão será realizada instrução e treino ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente a seu cuidado;
- Na 4ª sessão será realizado reforço e elogio ao cuidador informal sobre exercícios de equilíbrio estático sentado dirigido ao utente a seu cuidado;
- Na 5ª sessão será realizado a supervisão do cuidador informal na aplicação de exercícios de equilíbrio estático sentado
- No 6ª sessão será reavaliado o equilíbrio e o grau de dependência do utente alvo de cuidados.

## **Análise estatística**

A análise de resultados será descritiva e inferencial com recurso a testes paramétricos. O tratamento de dados será informatizado com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

## Cronograma

2021			2022		
Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março

	Pesquisa teórica e elaboração do projeto de investigação
	Pedido e autorização à comissão de ética
	Execução do plano de atividades e recolha de dados
	Análise e interpretação dos dados
	Redação do relatório final

## **FORÇAS E FRAQUEZAS DO ESTUDO**

Este estudo tem como principal vantagem desenvolver conhecimento em contexto prático, dentro da ação dos próprios serviços de saúde. Assim a prática baseada na evidência é um instrumento por excelência para a posterior tomada de decisões dos serviços clínicos contribuindo para uma ação mais eficiente e mais eficaz. Da mesma forma os EEER ao utilizarem uma abordagem baseada na evidência na sua prática promove a colocação de boas questões sobre como e quando mudar a sua prática, avaliando as suas ações utilizando informações baseadas no método científico (10).

Por outro lado este estudo para poder ser realizado no contexto atrás referido, foi escolhido um desenho quase experimental. Isto significa que não foi possível a criação de grupos equivalentes aleatórios ou grupos de controlo para comparar a ação na variável dependente.

Assim a ausência de repartição aleatória reduz a validade interna e validade externa da experimentação. Todavia estamos conscientes destas limitações e pensamos que, pesando todos outros fatores como a exequibilidade e potências ganhos para a prática clínica, estes suplantam as suas desvantagens (9).

## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

De forma a assegurar o anonimato dos participantes no estudo, e salvaguardar a confidencialidade dos seus dados, estes serão identificados numericamente como cuidador informal 1, cuidador informal 2 e assim por seguinte e nunca pelo nome próprio.

No que se refere ao respeito das diretrizes éticas para a investigação nomeadamente os princípios na Beneficência, não maleficência; Fidelidade; Justiça; Veracidade e Confidencialidade foi pedido consentimento livre e esclarecido informando sobre os riscos e benefícios ao cuidador informal familiar e utente alvo de cuidado, salvo se este último não tiver capacidade cognitiva para tal. Caso o cuidador informal e familiar direto não forem a mesma pessoa será pedido consentimento a ambos. Deste modo será garantido o uso exclusivo dos dados obtidos para fins académicos e em completo anonimato.

## **IMPLICAÇÃO PARA A SAÚDE DAS POPULAÇÕES**

A investigação em Enfermagem de Reabilitação é essencial, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados especializados de enfermagem. Assim o desenvolvimento e estudo de cuidados especializados como a capacitação dos cuidadores informais para o exercício do papel em contexto domiciliário é uma das atividades do EEER para que o processo de reabilitação possa ter continuidade. Isto porque é o cuidador informal que está a maior parte do tempo com a pessoa dependente. Se este for capaz de promover um ambiente domiciliário propício às intervenções terapêuticas avançadas estas serão mais eficazes e terão maior impacto na qualidade de vida das pessoas e conseqüentemente no seu núcleo familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Regulamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo [Internet]. [cited 2021 Nov 2]. Available from: [https://www.ipv.pt/esa/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/regulamento\\_mestrados\\_ipvc\\_0.pdf](https://www.ipv.pt/esa/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/regulamento_mestrados_ipvc_0.pdf)
2. Portal do INE [Internet]. [cited 2021 Oct 31]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2)
3. Estatística IN de. 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](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2)
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. Rice R. Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários - Conceitos e Aplicação. Lusodidacta;
8. Garcia S, Cunha M, Mendes E, Preto L, Novo A. IMPACTO DE UM TREINO PROPRIOCEPTIVO 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>
9. Fortin M-F, Salgueiro NRM. O processo de investigação. 3ª ed. Loures: Lusociência; 2003.
10. Internacional Enfermeiros C DE. Dia Internacional do Enfermeiro 12 de maio de 2012.
11. Davies PM. Hemiplegia: Tratamento para pacientes após avc e outras lesões cerebrais. 2ª ed. Editora Manole; 2008.
12. Ribeiro O. Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas. 1ª edição. Lisboa: Lidel-Edição e distribuição; 2021.
13. Apóstolo J. Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). 2012.
14. Ordem dos enfermeiros. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. [cited 2021 May 30].

Available

from:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)

**Apêndice 1: Formulários, escalas ou documentos de recolha de dados**

Questionário sócio demográfico ao cuidador

Idade:

Estado civil:

Sexo:

Profissão:

- Sector primário
- Sector secundário
- Sector terciário
- Estudante
- Sem profissão
- Outro: \_\_\_\_\_

Situação profissional:

- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Trab. Conta própria
- Trab. Contra outrem

Habilitações literárias:

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (4º classe)
- 2ª Ciclo (6ª classe)
- 3ª Ciclo (9º ano)
- Ensino secundário
- Curso técnico-profissional
- Bacharelato ou curso médio
- Licenciatura ou superior

Parentesco relativo ao alvo de cuidados:

- Esposa/companheira
- Filho
- Filha
- Pai/ sogro
- Mãe/sogra
- Outros \_\_\_\_\_

Com quem vive além do alvo de cuidados:

- Esposa/companheira
- Filho
- Filha
- Pai/ sogro
- Mãe/sogra
- Outros \_\_\_\_\_

Situação económica:

- Boa
- Razoável
- Má

Tem apoio SAD:

- Sim 
  - Alimentação
  - Higiene
  - Limpeza/Roupa
- Não

Quadro 1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PRÉ E PÓS ACÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DO CUIDADOR INFORMAL NO UTENTE ALVO DE CUIDADOS SOBRE EQUILÍBRIO SENTADO ESTÁTICO (11) (12)

1ª Obs: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2ª Obs: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Código numérico \_\_\_\_\_

	O CUIDADOR INFORMAL AO REALIZAR O LEVANTE PARA A POSIÇÃO SENTADA NO DOMICÍLIO:	1ª OBSERVAÇÃO			2ª OBSERVAÇÃO		
		Sim	Não	NA	Sim	Não	NA
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.						
2	Mantém 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.						
7	Coincide estes períodos com maior estimulação (ex. visitas, atividades próprias...)						
8	Conhece técnica de correção da postura na cadeira						
9	Aplica técnica de correção de postura na cadeira						
10	Reconhece sinais de intolerância						

Autor: o próprio investigador deste estudo.

## TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa:

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA - EQUILIBRIO SENTADO
0 – inclina – se ou desliza na cadeira
1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
2 – estável, seguro
<b>2. LEVANTAR –SE</b>
0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª
Tentativa
2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços
<b>3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)</b>
0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)
1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
2 – estável sem qualquer tipo de ajudas
<b>4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>
0 – instável
1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados $\geq$ 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio
2 – pés próximos e sem ajudas
<b>5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)</b>
0 – começa a cair
1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
2 – estável
<b>6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>
0 – instável
1 – estável
<b>7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)</b>
0 – instável (agarra – se, vacila)
1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos
<b>8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)</b>
0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto
1 – aguenta 5 segundos de forma estável
<b>9. SENTAR-SE</b>
0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
2 – seguro, movimento harmonioso
Pontuação parcial: __/16
<b>EQUILIBRIO DINAMICO – MARCHA</b>
Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.
<b>10. INICIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)</b>
0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
1 – sem hesitação
<b>11. LARGURA DO PASSO (pé direito)</b>
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio
<b>12. ALTURA DO PASSO (pé direito)</b>
0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
1 – o pé direito eleva-se completamente do solo
<b>13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)</b>
0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
1 – ultrapassa o pé direito em apoio
<b>14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)</b>
0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo
<b>15. SIMETRIA DO PASSO</b>
0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico

1 – comprimento do passo aparentemente simétrico
<b>16. CONTINUIDADE DO PASSO</b>
0 – pára ou dá passos descontínuos
1 – passos contínuos
<b>17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)</b>
0 – desvia-se da linha marcada
1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
2 – sem desvios e sem ajudas
<b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>
0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha
<b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b>
0 – calcanhares muito afastados
1 – calcanhares próximos, quase se tocam
Pontuação parcial: __ / 12
Pontuação total: __ / 28

Autores: Escala criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewsky.

Versão em português de Petiz, E.M (13).

Enviado email à autora original Mary Tinetti a pedir permissão para utilização da escala, ao qual aguardamos resposta.

## **BARTHEL ADL Índice**

Sexo \_\_\_\_\_ - Idade \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \_\_\_\_\_

Atividades:

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

\_\_\_\_\_

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

\_\_\_\_\_

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

\_\_\_\_\_

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

\_\_\_\_\_

Alimentar

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

\_\_\_\_\_

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

\_\_\_\_\_

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

\_\_\_\_\_

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

\_\_\_\_\_

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

\_\_\_\_\_

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

\_\_\_\_\_

Total (0 - 100) \_\_\_\_\_

Índice de Barthel da autoria de Mahoney FI, Barthel D, de 1965.

Validado para Portugal: Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>

Escala proposta pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação como instrumentos a ser utilizado para a Recolha de dados

De acesso livre para fins não comerciais (14).

## **Apêndice 2: Modelo de consentimento informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** EFEITOS DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS NO EQUILÍBRIO CORPORAL DE IDOSOS DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

**Enquadramento:** Este estudo será realizado em contexto da ECCI da UCC de Ermesinde no âmbito do estágio de Natureza Profissional do VI curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação da escola de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo. A orientação está a cargo do Enfº Sergio Magalhães e Professora Salomé Ferreira.

**Explicação do estudo:** Para este estudo foram escolhidos cuidadores de idosos dependentes da ECCI de Ermesinde e basear-se-á num programa de capacitação sobre equilíbrio estático em pessoas idosas dependentes. Os dados colhidos serão de cariz sociodemográfico e decorrente da avaliação antes e depois da formação. Também se pretende avaliar ganhos de equilíbrio para o utente alvo de cuidados. Serão 6 formações em 6 semanas, 2 por semana, à exceção da última que será realizada na 6ª semana após início da intervenção. Estas sessões serão integradas nas visitas domiciliárias da ECCI.

**Condições e financiamento:** Este estudo de investigação não tem financiamento, não implica encargos para os seus participantes. A sua participação é de carácter voluntário e não acarreta prejuízos (assistenciais ou outros) caso não queira participar. Salientamos que o estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

**Confidencialidade e anonimato:** Relativamente aos dados obtidos neste estudo é garantido a confidencialidade e uso exclusivo para fins académicos. O anonimato dos dados identificativos também é assegurado. De salientar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Agradecemos a participação no presente estudo.

Investigador: Enfº Ezequiel Pinto.

Estagiário no âmbito do VI curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Email: ez.pinto@gmail.com

UCC Ermesinde.

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: ..... Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140038.pdf>

#### **Apêndice 4: Parecer do responsável do serviço**

Maia, 3 de Novembro de 2021

**Assunto: Parecer sobre estudo de investigação.**

Proposta a realização do estudo: "Efeitos da capacitação dos cuidadores informais no equilíbrio corporal de idosos dependentes em contexto domiciliário" na ECCI de Ermesinde no âmbito do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo pelo Enfermeiro Ezequiel Pinto, e após leitura do seu projeto de investigação, nada temos a opor, emitindo o parecer favorável à sua realização.

**Coordenador da UCC de Ermesinde**

**Aces Maia/Valongo**  
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA MAIA/VALONGO  
UCC de Ermesinde

Enf. Susana Cunha

**Diretor Executivo do ACES**

ACES Maia/Valongo  
MAIA/Valongo  
Fernando Filgueiras III  
Diretor Executivo Dr.  
Dr. Fernando Filgueiras

**Apêndice 5: Declaração do orientador do estudo**

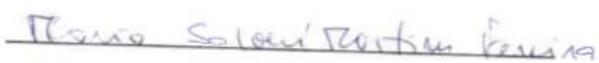


Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior  
de Saúde

## DECLARAÇÃO

**Maria Salomé Martins Ferreira**, Professor Coordenadora o na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Viana do Castelo (ESS- IPVC), declara que é **orientadora** da estudante **Ezequiel David Mesquita Pinto** do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que pretende desenvolver o Trabalho de Investigação "**Impacto da capacitação do Cuidador Informal no equilíbrio corporal do idoso dependente em contexto domiciliário**" no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, a decorrer no primeiro semestre do ano letivo 2021-2022, do qual será apresentado o respetivo relatório.

Escola Superior de Saúde de Viana do castelo, 3 de novembro 2021 Porto,



(Professor Doutora Maria Salomé Martins Ferreira)

**Apêndice 6: Declaração do investigador.**

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

Eu, Ezequiel David Mesquita Pinto, como investigador responsável do presente estudo declaro que os dados obtidos serão processados de modo confidencial e somente para fins acadêmicos. O anonimato dos dados identificativos também é assegurado. De salientar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

O investigador

Assinatura 

Data 05/11/2021

**Apêndice 7: Declaração do investigador.**

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

Eu, Ezequiel David Mesquita Pinto, investigador responsável, declaro que decorrido o processo de investigação do presente estudo, finalizada a fase de processamento de dados e redação da discussão e conclusões finais, comprometo-me enviar o relatório final do mesmo a esta comissão de ética.

O investigador:

Assinatura E. Pinto

Data 05/11/2021

**Apêndice 8: Curriculum Vitae do investigador.**



## Europass-Curriculum Vitae



### Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s) Mesquita Pinto, Ezequiel David  
Morada(s) Vila do Conde  
Telemóvel [REDACTED]  
Correio eletrónico [ez.pinto@gmail.com](mailto:ez.pinto@gmail.com)  
Nacionalidade Portuguesa  
Data de nascimento 28-08-1982  
Sexo Masculino

### Emprego pretendido / Área funcional Enfermagem / Área da Saúde

#### Experiência profissional

Datas 2004 a 2021  
Função ou cargo ocupado **Enfermeiro**  
Principais atividades e responsabilidades **Serviço de Urgência – Adultos:** prestação de cuidados de saúde; actividade como triador na admissão dos utentes; actividade como responsável de sector do serviço de urgência.  
**Reanimação Intra-Hospitalar:** membro activo da equipa de reanimação intra-hospitalar.  
**Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência:** prestação de cuidados ao doente crítico.  
**Orientação e formação de estudantes de Enfermagem** nos anos lectivos de 2007 a 2018 (2007-2008: 1039h; 2009: 625h; 2009-2010: 500h; 2014: 315h; 2016: 630h; 2018: 280h ).  
Experiência como coordenador da Unidade de Cuidados intermédios da Urgência.  
Participação no simulacro de catástrofe "Águia 10" em 13 de Março de 2010.

Nome e morada do empregador **Hospital de São João, EPE**  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200 – 319 Porto  
Tipo de empresa ou setor Hospital Central

Datas 2010  
Função ou cargo ocupado **Investigador no âmbito do Mestrado em Saúde Pública**  
Principais atividades e responsabilidades Autor do artigo sob orientação dos Prof. Ana Azevedo e Prof. Nuno Lunet: "**Sensibilidade e especificidade do sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda**", publicado na *Revista Portuguesa de Cardiologia*, e do artigo "**Apresentação atípica do síndrome coronário agudo no serviço de urgência: prevalência e determinantes**" publicado na revista *Acta Médica Portuguesa*.  
Tipo de empresa ou setor Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<b>Educação e formação</b>	
Datas	2019-2021
Designação da qualificação atribuída	<b>Frequência do VI Mestrado em Enfermagem de Reabilitação</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Politécnico de Viana do Castelo -Escola Superior de Saúde
Datas	2004 a 2012
Designação da qualificação atribuída	<b>Ações de formação em serviço: 2012:</b> "Alert" (4 horas); "Triagem de Manchester" (4 horas); "Traumatismo crânio encefálico grave" (4 horas); Tratamento de feridas e úlceras cutâneas no SU" (7 horas); <b>2011:</b> "Emergência e catástrofe" (6 horas); "Triagem de Manchester - casos práticos" (6 horas); <b>2010:</b> "Enfermagem no doente ortopédico" (6 horas); " Via verde trauma" (6 horas); <b>2009:</b> "Transporte do doente instável" (6 horas); "Via verde AVC" (4 horas); 2008: "Infeção e sepsis (6 horas) ", "Via verde coronária" (6 horas); "Ventilação não invasiva" (6 horas); <b>2007:</b> "Comunicação" (6 horas); <b>2005:</b> "Israel – organização em trauma" (2 horas); <b>2004:</b> "Acolher no S.U.", "Sutura de feridas simples, conceitos teóricos, workshop" (7 horas); "Pressão venosa central" (2 horas); "Plano de emergência externo" (2 horas).
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Hospital São João, E.P.E.
Datas	27 e 28 Janeiro de 2011; 15 e 16 Janeiro de 2009; 17 e 18 Janeiro de 2008
Designação da qualificação atribuída	<b>Participação nas IV, II e I Jornadas Internacionais de Medicina de Urgência</b> , respectivamente. <b>Apresentação da comunicação livre:</b> "Sensibilidade e especificidade do sistema de Manchester na triagem de doentes com síndrome coronária aguda". <b>Apresentação da comunicação livre:</b> "Apresentação atípica do síndrome coronário agudo no serviço de urgência: prevalência e determinantes".
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Hospital São João, E.P.E.
Datas	22 de Novembro de 2010
Designação da qualificação atribuída	<b>Mestre em Saúde Pública</b>
Principais disciplinas/competências profissionais	Saúde pública, epidemiologia, administração em saúde e estatística.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Datas	De 7 a 11 de Maio de 2007
Designação da qualificação atribuída	<b>Course of " Design and Analysis of Complex Surveys and Randomised Trials" (25 horas)</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Datas	De 19 a 20 de Abril de 2007
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de "Suporte Avançado de Vida" (20 horas)</b>
Principais disciplinas/competências profissionais	Certificado no exercício de Suporte Avançado de Vida.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Departamento de Educação Permanente – Hospital São João, EPE / FORMEI

Datas	De 12 a 13 de Abril de 2007
Designação da qualificação atribuída	<b>Participação no 3º Encontro sobre Prevenção e Tratamento do Tabagismo</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Administração Regional de Saúde do Norte
Datas	De 26 de Setembro de 2005 a 20 Março de 2006
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de Enfermagem no Desporto</b> (66 horas)
Principais disciplinas/competências profissionais	"Adaptação física de um atleta; Lesões no desporto; Técnicas de reeducação funcional; Reeducação postural; Terapias manuais; fadiga e recuperação pós esforço; Nutrição no desporto, Podologia aplicada à prática desportiva."
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto de Formação em Enfermagem, Lda
Datas	5 de Abril de 2006
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de "Triagem de Prioridades na Urgência – Sistema de Manchester"</b> (8 horas)
Principais disciplinas/competências profissionais	"O processo de tomada de decisão; Método de triagem; Avaliação da dor como parte do processo de triagem; Gestão de doentes; triagem e o enfermeiro na triagem."
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Departamento de Educação Permanente – Hospital São João, EPE / Grupo Português de Triagem
Datas	8 de Fevereiro, 13 de Abril e 10 de Maio de 2006
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de formação ALERT®:</b>
Principais disciplinas/competências profissionais	ERT (6,5 horas), OBS perfil de utilização Enfermeiro (4 horas) e Manchester (4 horas).
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Programa Operacional Saúde XXI e MNI, S.A.
Datas	10 e 11 de Novembro de 2005
Designação da qualificação atribuída	<b>Participação no Simpósio "Feridas infectadas".</b> (15 horas)
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas
Datas	2 e 3 de Dezembro de 2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Presença no "Encontro Doente Crítico – Intervenções de Enfermagem"</b>
Principais disciplinas/competências profissionais	Doente crítico – Intervenções de enfermagem.
Datas	18, 19, e 20 de Novembro de 2004
Designação da qualificação atribuída	Participação no "10º Encontro dos Centros de saúde de Matosinhos" <b>Autor da comunicação oral "Conhecimentos e aplicabilidade relativamente à alimentação do diabético".</b>
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
Datas	4 a 6 de Novembro de 2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de "Trauma Nursing Core Course (Provider)"</b> (20 horas)
Principais disciplinas/competências profissionais	"Trauma Nursing process; Airway and ventilation interventions, Spinal immobilization".
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Departamento de Educação Permanente – Hospital São João, EPE Emergency Nurses Association
Datas	De 5 de Julho a 30 Agosto de 2004

Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de “Formação Pedagógica Inicial de Formadores”</b> (113 horas)
Principais disciplinas/competências profissionais	“Certificado de Aptidão Profissional” para o exercício da profissão de “Formador.”
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto do Emprego e Formação Profissional CERTFORM Formação e Consultadoria, Lda.
Datas	De Setembro de 2000 até Julho de 2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Licenciatura em Enfermagem com a nota final de 16 valores.</b>
Nome e tipo de organização de ensino ou formação	Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes – Porto
Datas	De 21 a 22 Maio de 2004
Designação da qualificação atribuída	<b>Participação nas “5ª Jornadas de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Minho”</b>
Datas	De 9 a 11 de Setembro de 2002
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de “Suporte Básico de Vida”</b> (20 horas)
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Centro de formação do Porto – Instituto Nacional de Emergência Médica
Datas	De Julho de 1998 até 11 de Julho de 1999
Designação da qualificação atribuída	<b>Curso de “Master de Windows”.</b> (12 meses)
Principais disciplinas/competências profissionais	“Gestão informática e multimédia; Microsoft Windows; Microsoft Word; Microsoft Excell; Microsoft Access; PowerPoint”.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	UNICENTER, Instituto de formação.

Língua(s) materna(s) **Português**

Outra(s) língua(s)

Auto-avaliação

Nível europeu (\*)

**Inglês**

**Espanhol**

Compreensão				Conversaço				Escrita	
Compreensão oral		Leitura		Interação oral		Produção oral			
C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	B2	Utilizador Independente
A2	Utilizador elementar	B2	Utilizador elementar	A1	Utilizador elementar	A1	Utilizador elementar		

(\*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)

Aptidões e competências sociais	Antigo membro do grupo de acólitos da paróquia da Nossa Senhora da Areosa – Porto
Aptidões e competências de organização	Experiência como responsável de setor do serviço de urgência, tendo a meu cargo coordenação logística e de pessoal correspondentes. Experiência como coordenador da Unidade de Cuidados intermédios da Urgência.
Aptidões e competências informáticas	Informática na óptica do utilizador: consulta de bases de dados; navegação pela Internet, utilização do <b>Microsoft Office</b> , familiaridade com os componentes de hardware. Competências na utilização do programa informático aplicado ao Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência do Hospital São João, E.P.E. (“ <b>Alert</b> ” e “ <b>Sclinic</b> ”). Experiência na construção e utilização de instrumentos informáticos para recolha e análise de dados (“ <b>Epinfo</b> ”, “ <b>SPSS</b> ”).
Outras aptidões e competências	Praticante de desporto, nomeadamente futebol, ciclismo e natação. Agricultura e jardinagem nos tempos livres.
Carta de condução	Carta de veículos Ligeiros tipo B.

## APÊNDICE III: MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** EFEITOS DA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS NO EQUILÍBRIO CORPORAL DE UTENTES DEPENDENTES EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

**Enquadramento:** Este estudo será realizado em contexto da ECCI da UCC de Ermesinde no âmbito do estágio de Natureza Profissional do VI curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação da escola de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo. A orientação está a cargo do Enf<sup>o</sup> Sergio Magalhães e Professora Salomé Ferreira.

**Explicação do estudo:** Para este estudo foram escolhidos cuidadores de utentes dependentes da ECCI de Ermesinde e basear-se-á num programa de capacitação sobre equilíbrio estático em pessoas idosas dependentes. Os dados colhidos serão de cariz sociodemográfico e decorrente da avaliação antes e depois da formação. Também se pretende avaliar ganhos de equilíbrio para o utente alvo de cuidados. Serão 6 formações em 6 semanas, 2 por semana, à exceção da última que será realizada na 6ª semana após início da intervenção. Estas sessões serão integradas nas visitas domiciliárias da ECCI.

**Condições e financiamento:** Este estudo de investigação não tem financiamento, não implica encargos para os seus participantes. A sua participação é de carácter voluntário e não acarreta prejuízos (assistenciais ou outros) caso não queira participar. Salientamos que o estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

**Confidencialidade e anonimato:** Relativamente aos dados obtidos neste estudo é garantido a confidencialidade e uso exclusivo para fins académicos. O anonimato dos dados identificativos também é assegurado. De salientar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Agradecemos a participação no presente estudo.

Investigador: Enf<sup>o</sup> Ezequiel Pinto.

Estagiário no âmbito do VI curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

Email: ez.pinto@gmail.com

---

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

UCC Ermesinde.

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

## APÊNDICE IV – FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

### Formulário sócio demográfico ao cuidador informal

Data/hora:

Número do questionário:

Idade do cuidador informal:

Idade do utente:

Género do cuidador informal: M  F

Outro  \_\_\_\_\_(Indique se o desejar)

Género do utente dependente: M  F

Outro  \_\_\_\_\_(Indique se o desejar)

Estado civil do cuidador informal:

- Casado(a) ou em união de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a) ou separado(a)
- Não sabe ou não responde

Profissão do cuidador informal:

- Sector primário
- Sector secundário
- Sector terciário
- Não sabe ou não responde

Situação profissional do cuidador informal:

- Reformado(a)
- Desempregado(a)
- Estudante
- Trabalhador-estudante (a)

- Trabalhador por conta-de-outrem
- Trabalhador por conta-própria
- Trabalhador contratado pelo familiar para cuidar
- Sem ocupação
- Doméstica
- Não sabe ou não responde

Habilitações literárias do cuidador informal:

- • 1º Ciclo (4º classe)
- • 2ª Ciclo (6º classe)
- • 3ª Ciclo (9º ano)
- • Ensino secundário
- • Curso técnico-profissional
- • Bacharelato ou curso médio
- • Licenciatura ou superior
- Sem escolaridade
- Não sabe ou não responde

Relação do cuidador informal relativo ao utente dependente alvo de cuidados:

- • Esposo(a)/companheiro(a)
- • Filho(a)/enteado(a)
- • Pai/Mãe
- • Sogro(a)
- • Tio(a)
- • Sobrinho(a)
- • Primo(a)
- Cuidador(a) contratada
- Vizinho(a)

- Irmão(a)
- Não responde
- Outro  \_\_\_\_\_

Número de adultos pertencentes que habitam no domicílio além do utente dependente alvo de cuidados:

Situação económica:

- Boa
- Razoável
- Má
- Não sabe ou não responde

Tem serviço de apoio ao domicílio:

- Sim
- Não
- Não sabe ou não responde

Se respondeu sim a pergunta anterior qual tipo de apoio domiciliário:

- Limpeza e roupa
- Limpeza e roupa / higiene e posicionamento
- Limpeza e roupa / higiene e posicionamento / alimentação
- Cuidadora contratada
- Residência de acolhimento familiar
- Cuidadora contratada e fisioterapia
- Outro  \_\_\_\_\_

APÊNDICE V – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS PRÉ E PÓS ACÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS  
DO CUIDADOR INFORMAL NO UTENTE ALVO DE CUIDADOS  
SOBRE EQUILÍBRIO SENTADO ESTÁTICO

**Quadro 1 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PRÉ E PÓS ACÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DO CUIDADOR INFORMAL NO UTENTE ALVO DE CUIDADOS SOBRE EQUILÍBRIO SENTADO ESTÁTICO (DAVIES, 2008) (Ribeiro, 2021)**

1ª Obs: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 2ª Obs: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Código numérico\_\_\_\_\_

	O CUIDADOR INFORMAL AO REALIZAR O LEVANTE PARA A POSIÇÃO SENTADA NO DOMICÍLIO:	1ª OBSERVAÇÃO			2ª OBSERVAÇÃO		
		Sim	Não	NA	Sim	Não	NA
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.						
2	Mantém 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.						
7	Coincide estes períodos com maior estimulação (ex. visitas, atividades próprias...)						
8	Conhece técnica de correção da postura na cadeira						
9	Aplica técnica de correção de postura na cadeira						
10	Reconhece sinais de intolerância						

*Autor: o próprio investigador deste estudo.*

APÊNDICE VI – FOTOGRAFIAS DE UTENTES DEPENDENTES  
CUJOS CUIDADORES INFORMAIS PARTICIPARAM NO  
PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EQUILÍBRIO ESTÁTICO  
SENTADO











INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

