

Estratégias de Enfermagem de Reabilitação às Pessoas Idosas com Síndrome de Fragilidade: um Estudo Qualitativo

Rehabilitation Nursing Strategies for Older Adults with Frailty: a Qualitative Study

Rogério Ferreira^{1*}, Cláudia Horta², João Moutinho³, Olga Baltazar da Luz⁴, Paula Pereira⁵, Luís Sousa⁶, Cristina Lavareda Baixinho⁷, César Fonseca⁸

¹ Doutoramento. Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal; Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal; orcid.org/0000-0001-5180-2036

² Mestrado. ULS Algarve, Hospital de Faro, Faro, Portugal; orcid.org/0009-0000-6030-1778

³ Mestrado. ULS Algarve, Hospital de Faro, Faro, Portugal; orcid.org/0009-0007-8474-5083

⁴ Mestrado. ULS Algarve, Hospital de Faro, Faro, Portugal; orcid.org/0009-0006-5237-5391

⁵ Mestrado. ULS Algarve, Hospital de Faro, Faro, Portugal; orcid.org/0009-0005-8335-2750

⁶ Doutoramento. Escola Superior de Saúde, Universidade Atlântica, Oeiras, Portugal; Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Portugal; orcid.org/0000-0002-9708-5690

⁷ Doutoramento. Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; orcid.org/0000-0001-7417-1732

⁸ Doutoramento. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora, Portugal; Comprehensive Health Research Center, Évora, Portugal; orcid.org/0000-0001-6975-612X

* Corresponding author: ferrinho.ferreira@ipbeja.pt

Recebido: 06.05.2026

Revisto: 22.07.2026

Aceite: 24.09.2026

Editor: Florinda Galinha

Como citar este artigo: Ferreira R, Horta C, Moutinho J, da Luz OB, Pereira P, Sousa L, Baixinho CL, Fonseca C. Estratégias de Enfermagem de Reabilitação às Pessoas Idosas com Síndrome de Fragilidade: um Estudo Qualitativo. *Pensar Enf* [Internet]. 2026; 30 (1): e00527. Available from: <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v30i1.527>.

Resumo

Introdução

O envelhecimento populacional, a prevalência de comorbidades, a polifarmácia, a dependência no contexto das atividades diárias e o empobrecimento progressivo de muitos cidadãos, entre outros fatores, tornaram a síndrome da fragilidade uma preocupação de saúde pública. É fundamental a implementação de programas de reabilitação que possam controlar ou mitigar este problema.

Objetivo

Analisar as perceções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação sobre os programas de reabilitação da pessoa idosa com síndrome de fragilidade.

Métodos

Esta pesquisa apresenta a natureza de um estudo qualitativo, fundamentado no paradigma interpretativista. Os participantes foram onze enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, com experiência profissional na implementação de programas de reabilitação para idosos com síndrome da fragilidade e em contexto comunitário. Foram realizadas entrevistas narrativas e os dados foram analisados com recurso à análise de conteúdo, segundo Bardin.

Resultados

A análise das narrativas evidenciou a utilização de estratégias como a estimulação da pessoa, o empoderamento e capacitação da pessoa, a educação para a saúde e a mobilização e a promoção de capacidades adaptativas. Os programas de exercícios envolveram o treino motor e respiratório, o treino de atividades da vida diária e o treino de deglutição e eliminação. Nos ganhos em saúde, destaca-se a satisfação do cliente, a promoção de

saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, para além de menos internamentos hospitalares e custos em saúde.

Considerações finais

Os enfermeiros de reabilitação têm a percepção da importância dos programas de reabilitação ajustados à situação da pessoa idosa com síndrome de fragilidade e com ganhos em saúde que traduzem a qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave

Idoso; Enfermagem de Reabilitação; Síndrome de Fragilidade; Ganhos em Saúde; Autocuidado.

Abstract

Introduction

Population aging, the prevalence of comorbidities, polypharmacy, dependence in activities of daily living, and the progressive impoverishment of many people, among other factors, have made frailty a public health concern. Implementing rehabilitation programs that can help manage or mitigate this problem is essential.

Objective

To analyze the perceptions of specialist nurses in rehabilitation nursing regarding rehabilitation programs for older adults with frailty.

Methods

We conducted a qualitative study within an interpretivist paradigm. Participants were 11 specialist nurses in rehabilitation nursing with professional experience implementing community-based rehabilitation programs for older adults with frailty. Participants completed written narratives, and we analyzed the data using content analysis following Bardin's framework.

Results

The analysis identified strategies involving physical, cognitive, and social stimulation; empowerment; patient education and skills training; health education; mobilization; and enhancement of adaptive capacity. Exercise programs included motor and respiratory training, activities-of-daily-living training, swallowing training, and toileting training. Participants associated these programs with patient satisfaction, health promotion, prevention of complications, well-being, self-care, fewer hospital admissions, and lower health care costs.

Conclusion

Rehabilitation nurses recognized the importance of tailoring rehabilitation programs to older adults with frailty and reported perceived health benefits that they considered indicative of the quality of specialized rehabilitation nursing care.

Keywords

Older Adults; Rehabilitation Nursing; Frailty; Health Outcomes; Self-care.

Introdução

O aumento da esperança de vida, aliado ao desenvolvimento tecnológico, avanço na ciência e disponibilidade de cuidados de saúde mais diferenciados potenciou o surgimento de um novo paradigma na resposta dos profissionais de saúde às necessidades em saúde. As pessoas vivem mais anos e o processo de envelhecimento tornou-se um foco de atenção essencial no sentido de desenvolver estratégias para proporcionar qualidade de vida, atrasando a fragilidade e o declínio funcional.¹

A síndrome de fragilidade caracteriza-se pela elevada suscetibilidade a consequências adversas para a saúde como a incapacidade, dependência, quedas e mortalidade.^{2,3} Envolve a perda de peso não intencional, a diminuição da força muscular, a diminuição da resistência e energia, a lentificação e a diminuição da atividade física. A pessoa idosa é considerada frágil, se apresentar três ou mais critérios, é pré-frágil se tiver um ou dois destes critérios e se não apresentar nenhum critério é designado não frágil ou robusto.^{2,3}

Para, Faria *et al.*,¹ a fragilidade vai para além dos critérios mencionados e referem ainda que os fatores sociodemográficos, os eventos traumáticos/críticos, os fatores físicos, psicológicos e sociais também podem conduzir a pessoa à fragilidade.

A fragilidade associada ao envelhecimento leva a um aumento das suscetibilidades para o aparecimento de múltiplas patologias.⁵ As pessoas idosas frágeis estão mais propensas a ter comorbidades crónicas, insónia, má saúde oral, problemas de equilíbrio e quedas. Além disso, tendem a usar medicamentos que aumentam o risco de queda e a ser dependentes das atividades da vida diária.⁴

A revisão da literatura observa que existe uma associação entre fragilidade, marcha e equilíbrio dinâmico, o que aumenta, o risco de quedas nesta população.⁵ Tanto o risco de quedas como a fragilidade das pessoas idosas são fenómenos que podem ser prevenidos, monitorizados e referenciados, o que torna este tema prioritário para a clínica e para a investigação.^{4,5} É evidente que as alterações músculo-esqueléticas são um problema na funcionalidade destas pessoas, condicionando a atividade física e a sua participação social.^{6,7}

A fragilidade é um problema de saúde pública e os enfermeiros de reabilitação em contexto comunitário têm um papel preponderante na identificação desta problemática junto das pessoas idosas e com estratégias apropriadas na redução do risco de dependência e incapacidade, para além de outros problemas adversos.¹

A reabilitação da pessoa idosa com síndrome de fragilidade exige o planeamento de um programa de reabilitação estruturado e individualizado,⁸ envolvendo o treino motor e podendo estar associado o treino respiratório, treino de atividades de vida diária e planos relacionados com a alimentação e eliminação, face à problemática de cada pessoa idosa. Os programas de reabilitação envolvendo o treino motor, com exercícios de resistência, treino de força muscular, exercícios de equilíbrio e flexibilidade são os mais destacados nos vários estudos com pessoas idosas com fragilidade física.⁹⁻¹⁶

Os enfermeiros de reabilitação são detentores de competências que lhe permitem conceber e implementar estes programas de reabilitação às pessoas idosas. Sendo uma lacuna do conhecimento, é necessário conhecer a perceção destes intervenientes nos cuidados à pessoa idosa com esta problemática, face às estratégias implementadas e ganhos em saúde decorrentes das mesmas. Daí, a questão central deste estudo: Qual a perceção dos enfermeiros de reabilitação sobre os programas de reabilitação à pessoa idosa com síndrome de fragilidade?

Face ao exposto, é objetivo deste estudo analisar as perceções dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em relação aos programas de reabilitação à pessoa idosa com síndrome de fragilidade. Esta informação permitirá contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação, valorizando o desenho de intervenções mais ajustadas ao contexto português e centradas na pessoa idosa com síndrome de fragilidade.

Métodos

O objetivo deste estudo determinou que o mesmo fosse qualitativo, exploratório e descritivo. Esta abordagem suporta-se na visão paradigmática da investigação interpretativista e revela-se estruturante no desenvolvimento do conhecimento em saúde, valorizando a complexidade e a subjetividade dos fenómenos em estudo. Permite aceder à compreensão das experiências, sentimentos, crenças, comportamentos e atitudes dos intervenientes¹⁷ nas interações que envolvem os cuidados de enfermagem de reabilitação. Neste sentido, as narrativas são fundamentais para compreender a complexidade do fenómeno.¹⁷ Para a estruturação do artigo seguiu-se a report guideline COREQ.

Os participantes do estudo em apreço foram onze (11) enfermeiros especialistas em reabilitação que prestam cuidados especializados a idosos com síndrome de fragilidade, em diferentes instituições de saúde de Portugal, em contexto comunitário. O número de participantes foi determinado pelo critério da saturação de dados, ou seja, a partir da 9ª narrativa não acrescentou nada de novo à análise efetuada, pelo que decidimos ainda solicitar a mais dois enfermeiros a sua narrativa sobre a problemática em estudo, sem qualquer alteração na grelha de análise. Como critérios de inclusão foram enumerados, enfermeiros que participaram em programas de reabilitação da pessoa idosa com síndrome de fragilidade. Considerámos como critérios de exclusão, enfermeiros gestores sem envolvimento direto no planeamento e implementação de programa de reabilitação. A equipa de investigação foi constituída por quatro professores doutorados e com experiência em investigação qualitativa. Destes, dois professores lecionam os conteúdos da unidade curricular de Enfermagem de Reabilitação na Comunidade no Mestrado em Enfermagem e os outros dois assumiram o papel de peritos/experts na análise do guião orientador das narrativas e do processo de codificação e categorização da análise de conteúdo.

Foi utilizada a narrativa, como um dos procedimentos de colheita de dados mais utilizados em investigação social e saúde, com o propósito de recolher significados das experiências vividas¹⁸ em contextos da prática clínica pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Foi estruturado um guião orientador

das narrativas, que foi submetido à apreciação de dois juízes, visando assegurar a validade de conteúdo do instrumento.

No decorrer do processo a principal intenção foi assegurar que as narrativas estavam enquadradas com os objetivos definidos e permitiam reorganizar as vivências de cuidados à pessoa idosa de forma coerente e significativa, dando sentido à experiência e facultando a sua narrativa como um processo integrado no contexto da prática clínica.¹⁸

O guião orientador da narrativa centrou-se na perceção dos enfermeiros de reabilitação sobre estratégias utilizadas na reabilitação da pessoa idosa com síndrome de fragilidade e nos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, resultantes da implementação dessas estratégias.

O contacto com os participantes foi realizado por todos os investigadores, em dois momentos. No primeiro momento foram contactados os participantes via telefónica, para validar o interesse na participação no estudo. Aos participantes interessados foi enviado guião de narrativa, e consentimento informado, via e-mail.

Todos os Enfermeiros participantes elaboraram as suas narrativas, fazendo chegar aos investigadores a sua participação em modo não-editável, assim como o consentimento informado, devidamente assinado pelo próprio. Este processo decorreu entre julho e novembro de 2024.

A narrativa como técnica de investigação constitui uma fonte primária acerca da reflexão desenvolvida pelos participantes do estudo, principalmente na área da educação e da investigação.¹⁸

Os resultados obtidos nas narrativas, foram analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo de acordo com a análise categorial temática.¹⁹ A gestão do tratamento de dados foi operacionalizada pelo investigador principal com o objetivo de uniformizar o procedimento. Na primeira etapa foi realizada uma leitura geral, com a finalidade de verificar se as informações recolhidas tinham relação com os objetivos do estudo. Portanto, as narrativas recebidas constituíram o foco de análise, que corresponde ao material a analisar e constitui a produção para a investigação.¹⁹ Numa segunda etapa, procedemos à exploração do material e tivemos em consideração três procedimentos essenciais: a escolha das unidades de análise, a enumeração e a categorização.¹⁹ Nas unidades de análise, considerámos as unidades de registo e unidades de contexto. Como unidade de registo, definiu-se o tema,¹⁹ que será uma afirmação sobre um assunto, à qual pode ser afetada um vasto conjunto de formulações singulares. Entendeu-se como unidade de contexto, a unidade de compreensão para codificar e compreender o significado de cada unidade de registo, ou seja, a narrativa de cada participante em relação ao tópico orientador. Na enumeração, não atribuímos importância à frequência das unidades de registo, mas sim à presença de elementos nas narrativas dos participantes.¹⁹

No processo de categorização, definiram-se à priori duas principais categorias, suportadas na conceção do objeto de estudo pelos investigadores. A definição dos indicadores decorreu da análise semântica ao conteúdo manifesto nas unidades de registo codificadas. Tratou-se de processo indutivo, que assegurou a inferência dos dados. As inferências são deduções lógicas sobre o sentido das afirmações¹⁹ e foi um processo estruturante na definição dos indicadores considerados em cada categoria¹⁹ e na compreensão do sentido que emerge das narrativas destes participantes no estudo.

Para assegurar a qualidade da investigação, utilizámos alguns procedimentos:

- i. Seguiu-se o protocolo de estudo, com a descrição rigorosa dos procedimentos desde o planeamento à colheita de dados;¹⁷
- ii. Explicação dos procedimentos de colheita e análise dos dados, assim como o enquadramento teórico do estudo;
- iii. Realização da revisão por pares/juízes, tendo sido solicitada a colaboração de dois juízes/experts sobre o assunto, que procederam à validação da análise de conteúdo e enunciaram sugestões de melhoria;
- iv. A comparação constante dos achados e do processo de codificação entre a equipa possibilitou garantir a transparência do trabalho indutivo. A equipa tem experiência na condução de estudos qualitativos.

Na relação com o cumprimento dos princípios éticos que devem guiar a elaboração de um estudo desta natureza, foi realizado o pedido à Comissão de ética junto da instituição de ensino superior e foi estabelecido contacto com os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A nível institucional, o estudo com o Processo n.º 4/2024, teve o parecer favorável em 27 de fevereiro de 2024, pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja. Aos Enfermeiros, enquanto participantes, foi assegurado que a sua participação no estudo seria estritamente voluntária com a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que seja necessário justificar a sua decisão e sem que seja colocada em questão qualquer tratamento futuro que lhe diga respeito. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, considerando como obrigação e dever do sigilo profissional. Para além disso, assinaram a declaração de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Este estudo envolveu onze enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Nesta amostra, oito (8) enfermeiros eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Os onze participantes neste estudo trabalhavam nas regiões do Algarve (10) e Beja (1).

Este estudo centrou-se em duas categorias: “Percepção das estratégias de intervenção profissional” e “Percepção dos ganhos em saúde resultantes da implementação de estratégias de cuidados”. O Quadro 1 apresenta as categorias e os indicadores que emergiram desta análise.

Quadro 1 – Categorias e indicadores

Categoria	Subcategoria	Indicador
Percepção das Estratégias de Intervenção profissional	Estratégias	– Estimulação da pessoa – Capacitação do cliente – Empoderamento do cliente – Educação para a saúde – Mobilização da pessoa – Promoção de capacidades adaptativas
	Programa de exercícios	– Programa de treino motor – Programa de treino de atividades de vida diárias – Programa de treino respiratório
Percepção dos ganhos em saúde, decorrentes da implementação de estratégias de cuidados		– Prevenção de complicações – Promoção de saúde – Capacitação da pessoa – Bem-estar e autocuidado – Internamentos hospitalares

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Percepção das Estratégias de intervenção profissional

Nesta categoria são consideradas duas subcategorias, Estratégias e Programas de exercícios.

Estratégias

A subcategoria Estratégias engloba os indicadores Estimulação da pessoa, Capacitação do cliente, Empoderamento do cliente, Educação para a saúde, Mobilização da pessoa e Promoção de capacidades adaptativas.

A estimulação da pessoa, em termos cognitivos, social e física foi destacada nas narrativas de três participantes. Esta estratégia é apontada como determinante na redução dos efeitos adversos do processo de envelhecimento e na melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas idosas com esta problemática.

As estratégias usadas passam pela estimulação cognitiva, social e física. (P2)

(...) a minha intervenção, no serviço onde desempenho funções acaba muito por se evidenciar numa fase mais preventiva do que propriamente operacional, sendo de extrema importância, visto que a prevenção é base fundamental para a manutenção e potenciação das capacidades físicas e psicológicas do idoso. A prevenção, assente na estimulação da saúde física e mental, poderá assim levar a uma redução dos efeitos adversos do processo de envelhecimento, sendo considerada um sinónimo de melhoria da capacidade funcional e de um aumento da qualidade de vida dos idosos. (P9)

A capacitação do cliente e do cuidador é uma estratégia de intervenção profissional destacada por seis participantes. Este processo deve ser centrado na pessoa e pressupõe a definição de objetivos com os intervenientes nos cuidados à pessoa idosa. Relewa-se a importância dada por um dos participantes para a capacitação visando a prevenção de quedas.

As estratégias, dentro do que é possível, passa pela capacitação do cuidador para cuidados ao utente com síndrome de fragilidade e sensibilização deste e do próprio doente para a prevenção de complicações, e desmistificação entre o limiar da substituição do utente no desempenho das suas atividades de vida diária (seja ela total ou parcial) e a supervisão. (P1)

É realizada educação e capacitação à pessoa idosa e aos seus cuidadores; posteriormente é feita nova a avaliação para monitoração do estado do utente, e se necessário realizar o ajuste do plano de cuidados ou dar alta ao utente. O nosso foco ao nível de domicílios é a capacitação. (P4)

O empoderamento da pessoa idosa, da família e do seu cuidador é determinante no processo de reabilitação. Esta é uma estratégia vincadamente destacada por um dos participantes como a primeira condição para o sucesso dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Sendo a pessoa/família/cuidador central ao ato de cuidar (ou deveria ser), a primeira estratégia consubstancia-se no envolvimento da pessoa/família como parte integrante dos cuidados, traçando em conjunto com estes um plano de cuidados reabilitativo com objetivos tangíveis em perspectiva multi e interdisciplinar, mas que eles (pessoa/família/cuidador) entendam. Normalmente é-lhes questionado o que é que eles pretendem? Quais são os seus objetivos? Frequentemente costumo dizer-lhes que “50% do sucesso do processo reabilitativo é deles, ou outros 50% são nossos, profissionais de saúde.” (P8)

A educação para a saúde é destacada como uma estratégia determinante no incentivo à prática de exercício físico, de forma a prevenir o declínio funcional e a prevenir quedas nas pessoas idosas com fragilidade. Estes aspetos são evidentes nas asserções que se seguem.

É aqui no âmbito da literacia em saúde, que os enfermeiros de reabilitação têm um papel importante, principalmente na prevenção de quedas no idoso. E porquê a prevenção de quedas? Pelo elevado número de utentes referenciados pelo hospital, admitidos na ECCI, por fratura transtrocantérica após queda na comunidade (em casa ou na rua). (P3)

(...) no que toca à fragilidade do idoso é fundamental atuar na prevenção desta, nomeadamente incentivar a prática de exercício físico, dos quais exercícios de mobilização dos membros inferiores e superiores, de forma a preservar a mobilidade, prevenindo assim o declínio funcional associado ao processo de envelhecimento. (P9)

O desenvolvimento de programas de treino motor, ajustados às capacidades da pessoa idosa são estratégias implementadas por estes enfermeiros de reabilitação para assegurar a sua capacidade funcional. As asserções que se seguem evidenciam estas estratégias.

Dentro do que é possível efetuar, levante do utente, transferências, mobilizações no leito, e por vezes exercícios passivos, ativos assistidos, ativos resistidos, ativos, (...) (P1)

Implementamos exercícios adequados às capacidades e limitações da pessoa idosa, visando melhorar sua força muscular, equilíbrio, mobilidade, entre outros. (P4)

O enfermeiro de reabilitação deve ser um promotor de estratégias de adaptação na pessoa idosa e na sua família. É fundamental o envolvimento dos intervenientes para que desenvolvam capacidades de adaptação ajustadas às suas capacidades e limitações. Este aspeto é destacado na asserção que se segue.

Em contexto domiciliário, as estratégias a utilizar são imensas. Estou perante o ambiente do utente e fora do contexto hospitalar ou de qualquer outra unidade de saúde. Acima de tudo, tenho de respeitar a vontade do mesmo e o seu espaço. Por exemplo: não posso querer que o utente retire o tapete do corredor (que o levou a tropeçar), porque toda a vida fez parte da decoração da casa, ou querer que de um dia para o outro utilize auxiliar de marcha, porque tem alterações na marcha e do equilíbrio. Os comportamentos não se mudam de um dia para o outro. Há que negociar os cuidados com o utente e chegar a um consenso que seja agradável a ambas as partes. (P3)

Programas de exercícios

A subcategoria Programa de exercícios envolve os indicadores Programa de treino motor, Programa de treino respiratório e Programa de treino de atividades de vida diária (AVD's).

Os programas de treino motor são destacados nas narrativas de oito participantes. Nenhum participante se refere à intensidade do programa. Em relação à frequência e tempo do programa, uma das asserções refere-se à frequência, sem alusão ao tempo do programa. Quanto ao tipo de programa, a maioria das asserções relevam os exercícios de equilíbrio e de fortalecimento muscular. Em relação ao volume, uma das asserções faz referência ao facto de normalmente o programa envolver 3 séries com 10 repetições. De realçar, que um dos enfermeiros de reabilitação utiliza estratégias adaptativas no desenvolvimento do programa. As asserções que seguem evidenciam este indicador.

Normalmente 3 séries com 10 repetições.

Aquecimento: Exercício respiratórios [dissociação de tempos respiratórios, reforço diafragmático e abertura da grade costal]; Contração isométrica dos glúteos; Exercícios de dorsiflexão do tornozelo; Apoiada nas costas da cadeira em pé pontas dos pés e em calcanhares.

Fortalecimento e Equilíbrio: Apoiada nas costas: abdução-adução coxofemoral, flexão-extensão coxofemoral, flexão-extensão joelho; Exercícios levantar e sentar sem apoio; sentada flexão-extensão dos MS com balteres 0,5Kg; Marcha com apoio de andarrilho; Treino de subir e descer escadas.

Arrefecimento: Exercício respiratórios [dissociação de tempos respiratórios] associados; alongamentos. (P2)

(...) programa de exercícios implementado para pessoas idosas com síndrome de fragilidade (...) passa por exercícios de equilíbrio, fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores, aumento de resistência, amplitude articular sempre com o foco da independência nos autocuidados. (P4)

Os exercícios de reeducação respiratória são uma das estratégias implementadas na reabilitação das pessoas idosas com esta problemática. Na asserção que segue é evidente um conjunto de cuidados de enfermagem de reabilitação que podem ser utilizados, bem como algumas estratégias adaptativas utilizadas no contexto domiciliário.

O programa de exercícios implementado nestas pessoas pode passar por (...) reabilitação respiratória, promoção da gestão de esforço, (...) Os programas de reabilitação respiratória podem incluir a consciencialização e controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios respiratórios para aumentar os volumes pulmonares e a expulsão de secreções (tosse dirigida e assistida), exercícios de expansão torácica, para melhorar a mobilidade torácica, facilitando as respirações profundas e ainda exercícios de gestão de esforço e de fortalecimento muscular. (P5)

O programa de treino de atividades de vida diária é uma estratégia utilizada pelos enfermeiros de reabilitação nos cuidados à pessoa idosa com síndrome de fragilidade, envolvendo também os cuidadores. A asserção que se segue expressa a implementação destes cuidados na capacitação dos clientes envolvidos.

No programa de exercícios implementado prioriza-se (...) treino de AVD's: capacidade para andar; usar o sanitário na eliminação. (P3)

Perceção dos ganhos em saúde, decorrentes da implementação de estratégias de cuidados

Esta categoria engloba os indicadores Prevenção de complicações, Promoção de saúde, Capacitação da pessoa, Bem-estar e autocuidado e Internamentos hospitalares.

O enfermeiro previne complicações para a saúde das pessoas idosas em situação de fragilidade. São várias as asserções que defendem a importância das estratégias de enfermagem de reabilitação na prevenção de múltiplas complicações que podem surgir.

Ganhos ao nível da prevenção de complicações (...) (P1)

Os ganhos sensíveis são o reflexo dos indicadores de resultado como diminuição da prevalência das quedas, úlceras por pressão, afeções respiratórias como as pneumonias de aspiração, (...) e, diminuição de agudizações e internamento hospitalar. (P6)

Prevenir a imobilidade na cama. Prevenir complicações tegumentares. Manter a integridade cutânea. Estimular a circulação sanguínea. Prevenir a estase circulatória. Prevenir tromboembolismo (P8)

As estratégias de promoção de saúde produzem ganhos em saúde, que se traduzem no aumento da literacia em saúde da pessoa idosa e do seu cuidador, na melhoria da autogestão da doença e das complicações, na melhoria do conhecimento de técnicas adaptativas do desempenho do autocuidado e de medidas de segurança. As asserções que se seguem expressam o reconhecimento dos ganhos associados à qualidade das estratégias implementadas pelos enfermeiros de reabilitação no cuidado da pessoa idosa com síndrome de fragilidade.

(...) aumentar a literacia em saúde da pessoa idosa e do seu cuidador (...) (P1)

Capacidade de conhecimento - promoção de ensino, educação e literacia em saúde, contribuindo para a autonomia. Melhoria na autogestão da doença e de complicações, melhoria no conhecimento de técnicas adaptativas do desempenho do autocuidado e diminuição da sobrecarga do cuidador. (P2)

O bem-estar e autocuidado é um dos ganhos em saúde, em resultado das intervenções de enfermagem de reabilitação às pessoas idosas com síndrome de fragilidade. A melhoria no desempenho no autocuidado, na capacidade funcional, no equilíbrio, na força muscular, na flexibilidade, na marcha e na tolerância ao esforço expressam a melhoria no bem-estar e autocuidado evidentes na asserção que se segue.

Os ganhos centram-se principalmente na capacitação funcional, autocuidado (...) Capacitação funcional e no autocuidado - intervenções de reabilitação direcionadas para as funções motora, cardiorrespiratória, neurológica e cognitiva, nutricional e social; Melhoria no desempenho do autocuidado, na independência e mobilidade funcionais; Melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, força muscular e flexibilidade (P2)

A redução das idas ao hospital, do número de dias de internamento ou de episódios de reinternamento são ganhos em saúde que decorrem da implementação de estratégias de reabilitação junto da pessoa idosa com síndrome de fragilidade. As asserções que se seguem refletem estes ganhos.

(...) reduzir idas ao hospital (...) (P3)

(...) diminuição do número de dias de internamento e/ou redução dos episódios de reinternamento. (P5)

A análise de conteúdo às narrativas dos participantes possibilita o significado atribuído aos cuidados de reabilitação à pessoa idosa com síndrome de fragilidade, com os enfermeiros especialistas a considerar que esta é uma experiência que apesar de centrada na pessoa e de ser promotora de bem-estar e autocuidado, é marcada por dificuldades e pelo processo de vulnerabilidade. Na conceção dos planos de intervenção valoriza-se o treino motor, o treino de AVD's, a reabilitação respiratória, o treino de deglutição e da eliminação. Na conceção

dos planos os profissionais manifestam como preocupações centrais a estimulação e capacitação do cliente para a gestão do seu programa de reabilitação, a educação para a saúde, a mobilização da pessoa e a promoção de capacidades adaptativas.

Discussão

Nas estratégias de intervenção profissional utilizadas pelos enfermeiros de reabilitação, a estimulação física, cognitiva e social é uma estratégia fundamental nos cuidados à pessoa idosa com esta problemática. A utilização de estratégias personalizadas em contexto domiciliário contribui para a sua motivação e mudança de comportamentos de saúde inadequados, ajudando a reduzir os efeitos adversos do processo de envelhecimento.²⁰ Os achados deste estudo enquadram-se com algumas evidências,²⁰ em que os programas de visita domiciliária levaram as pessoas idosas a uma maior participação social e a sentirem úteis e com melhoras nas suas condições de saúde e bem-estar, com mais autonomia e independência nas suas atividades de vida diária.

O empoderamento do cliente é uma estratégia determinante no processo de reabilitação, destacada por estes participantes. Significa ajudá-los a tomar consciência da sua capacidade de decisão e envolve o apoio nas tomadas de decisões, em termos dos autocuidados.²⁰ É fundamental o seu envolvimento nos cuidados, na definição de metas de mudança progressivas e realizáveis para aprender comportamentos de autocuidado e melhorar a sua qualidade de vida.²⁰

As pessoas idosas devem ser incentivadas para a importância da prática de exercício físico,²¹ visando a prevenção do declínio funcional e as quedas. A existência de programas de educação em saúde que deem resposta às necessidades dos idosos com risco de queda é determinante face à associação que existe entre o medo de cair e a fragilidade.²² O medo de cair aumenta o risco de fragilidade em pessoas idosas residentes na comunidade, face à preocupação destes em sofrer quedas e as restrições que daí resultam na realização das suas atividades de vida diária e declínio funcional, com redução da força muscular, déficits de equilíbrio e na mobilidade, para além de outras condições negativas na sua saúde.²²

A mobilização da pessoa foi destacada pelos enfermeiros como uma estratégia. A redução do declínio funcional e da melhoria do funcionamento da mobilidade constituem objetivos centrais das intervenções dos enfermeiros de reabilitação para as pessoas idosas com fragilidade.²³ Os programas de exercícios devem assegurar exercícios seguros, corretos e ajustados às necessidades, recursos e preferências das pessoas idosas.^{9,21} Para tal, devem ser estimulados a participar nos programas e a desenvolver exercícios físicos regulares. A sua participação pode ser em grupo, em contexto comunitário, ou no domicílio, em ambiente doméstico. Deve ter-se presente a possibilidade de utilizar tecnologia de saúde digital. É esperado que produzam resultados duradouros e ideais para a prevenção do seu declínio funcional.²¹

A utilização de estratégias de enfermagem de reabilitação pressupõe a promoção de capacidades adaptativas na pessoa idosa e na sua família. É necessário ter capacidade de negociar os cuidados a desenvolver para facilitar a sua participação.

Nos programas de exercícios físicos, o programa de treino motor foi o mais destacado pelos enfermeiros de reabilitação, enquanto estratégia de intervenção profissional. Para as pessoas idosas com síndrome de fragilidade, são uma estratégia fundamental na prevenção de complicações, na melhoria da mobilidade e potenciadoras da sua independência funcional e qualidade de vida.^{10-13,23}

O programa de treino motor deve ser planeado e estruturado. Deve responder e ajustar-se às necessidades e respostas humanas das pessoas idosas com esta problemática, visando a sua reabilitação. Isto significa que deve considerar as suas limitações musculoesqueléticas, a capacidade funcional, a tolerância ao esforço, para além das suas preferências.²³

Os programas de exercício físico devem considerar alguns parâmetros, como frequência, intensidade, tempo (duração), tipologia, volume e progressão do treino.²⁴ A frequência refere-se ao número de vezes que realiza o programa por dia e/ou semana, e, a intensidade deve ser determinada pela perceção subjetiva da pessoa ao esforço e por parâmetros objetivos como a frequência cardíaca, de forma a realizar o programa de treino motor de forma segura. O tempo corresponde à duração de cada sessão e a tipologia refere-se ao tipo de treino realizado. O volume está relacionado com a quantidade total de exercícios realizada (velocidade no caso da marcha ou corrida e número total de repetições no caso do treino de força) e a progressão que diz respeito à forma como é atingido o volume de treino definido.²⁴

Os participantes neste estudo²⁴ não se referiram à intensidade do programa de treino motor. É referida a frequência, mas não existe alusão ao tempo do programa. Quanto ao tipo de programa são destacados os exercícios de equilíbrio e de fortalecimento muscular. E, em relação ao volume, um dos participantes faz alusão à realização de 3 séries com 10 repetições. A reduzida informação sobre os programas de treino motor indicia que estas estratégias de intervenção profissional não são desenvolvidas de forma sistemática e que esta

experiência de cuidados é marcada por algumas dificuldades.

O desenvolvimento de programas de exercício físico multicomponente, envolvendo exercícios de resistência, treino de força muscular, exercícios de equilíbrio e flexibilidade tem sido objeto de vários estudos em pessoas idosas com fragilidade física.¹¹⁻¹⁴ Estes programas de exercícios são muitas vezes realizados, assumindo-se o contexto domiciliário como parte do quotidiano dos cuidados de saúde a pessoas idosas na comunidade em processos de fragilidade.²⁴ As evidências científicas¹⁰ demonstraram a importância de evitar utilizar um tipo de exercício físico sozinho para melhorar o desempenho físico da pessoa idosa. Os programas de exercícios físicos devem combinar a atividade aeróbica, com treino de resistência e equilíbrio, força e controle postural, devidamente personalizados e ajustados às pessoas idosas com esta problemática.

O programa multicomponente avaliado por Casas-Herrero et al.¹¹, composto por exercícios de resistência, equilíbrio, flexibilidade e treino da marcha durante três meses, demonstrou melhorias significativas na capacidade funcional, função cognitiva, função muscular e saúde mental. De forma semelhante, Faria et al.¹² verificaram que um programa domiciliário de Enfermagem de Reabilitação, com duração de 12 semanas, melhorou a fragilidade, a capacidade funcional, o equilíbrio e a percepção de esforço em pessoas idosas frágeis. A intervenção do Enfermeiro Especialista integra ainda reeducação respiratória, orientada para o controlo sintomático e a capacitação da pessoa e do cuidador²⁵, bem como treino das atividades de vida diária, promovendo autonomia, segurança e adaptação do domicílio.²⁶

A prevenção de complicações assume-se como uma meta da intervenção do enfermeiro na reabilitação a estas pessoas, evidente nas suas narrativas. No estudo de Suikkanen et al.²⁷ ficou demonstrado que a implementação de um programa de reabilitação, envolvendo exercícios individualizados no domicílio das pessoas idosas durante um período de 12 meses contribuiu para um melhor desempenho físico e diminuição do número de quedas, apesar de não contrariar a situação de dependência nas atividades de vida diária.

As estratégias implementadas por estes enfermeiros de reabilitação traduziram-se em ganhos na promoção de saúde destas pessoas idosas, expresso no aumento da literacia em saúde, na autogestão da sua situação de saúde e das suas atividades de vida diária. Os cuidados desenvolvidos por estes enfermeiros na comunidade, com programas de exercícios individualizados em contexto domiciliário revestem-se de enorme importância para as pessoas idosas com síndrome de fragilidade. Enquadram-se com as recomendações internacionais de exercício em pessoas adultas mais velhas na prevenção de doenças, aos três níveis de prevenção.²³ As participações em programas estruturados de exercício físico oferecem ganhos face a uma vasta gama de doenças e incapacidades associadas ao envelhecimento. Os programas podem ser individualizados e controlados para atingir o resultado pretendido, com as necessárias adaptações nos diferentes componentes dos programas.²³

As evidências científicas²⁰ demonstram a importância de programas de visita domiciliária desenvolvidos por enfermeiros na capacitação de pessoas idosas residentes na comunidade e com multimorbidade crónica. Capacitam a pessoa idosa na implementação de intervenções de promoção da saúde e em se envolverem em comportamentos de autocuidado, para além de melhorarem a sua autonomia e independência funcional.

É reconhecida a importância dos programas de exercício e atividade física no desempenho no autocuidado, na redução de quedas, melhoria da força muscular, no equilíbrio e na marcha, para além da importância que tem em termos cognitivos, na saúde mental e bem-estar emocional da pessoa.^{11,12}

Em síntese, a percepção destes enfermeiros de reabilitação engloba vários elementos inovadores:

- A utilização de um conjunto de estratégias de enfermagem de reabilitação, fundamentais ao cuidado da pessoa idosa com esta problemática;
- O desenvolvimento de programas de exercício físico, de forma fragmentada e assistemática;
- A importância da visita domiciliária e/ou da participação em atividades em grupo na reabilitação das pessoas idosas;
- Os ganhos em saúde decorrentes da implementação destas estratégias de enfermagem de reabilitação.

Considerações finais

Neste estudo foi possível chegar à percepção dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação sobre os programas de reabilitação à pessoa idosa com síndrome de fragilidade. Os programas de enfermagem de reabilitação são multicomponentes, desenhados de acordo das necessidades específicas das pessoas, nomeadamente a nível do treino motor, respiratório e atividade de vida diária. Os resultados que se obtêm com a sua implementação estão em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, como a prevenção de complicações, promoção da saúde, capacitação da pessoa, bem-estar e autocuidado, permitindo a redução de internamentos hospitalares.

A conceção e implementação de programas de multicomponentes estruturados e adaptados às preferências e expectativas da pessoa idosa com fragilidade revelam benefícios durante o processo de reabilitação e manutenção do envelhecimento ativo, com ganhos ao nível do bem-estar e da funcionalidade e prevenção de

complicações, e consequentemente ao nível da qualidade de vida.

Estes achados podem servir de apoio à construção de políticas de saúde, no âmbito do envelhecimento ativo e bem-sucedido. É fundamental a existência de políticas de saúde que valorizem a participação de pessoas idosas em programas de exercício físico, em grupo, no contexto comunitário. As políticas de saúde devem valorizar uma intervenção mais profícua dos enfermeiros de reabilitação e outros profissionais na área da reabilitação, nos cuidados à pessoa idosa com esta problemática, em contexto domiciliário.

Estes achados também poderão contribuir para o desenho de currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem, uma vez que emergiram temáticas que poderão ser trabalhadas na formação de novos enfermeiros e de especialistas em enfermagem de reabilitação.

Limitações do estudo

Esta pesquisa tem limitações relacionadas com o método, a seleção intencional dos participantes e a técnica de colheita de dados. A opção por um estudo qualitativo, efetuado em contextos específicos pode limitar a transferibilidade dos achados. O guião orientador das narrativas permite alguma flexibilidade e aumenta a riqueza e profundidade dos achados, mas influencia a diversidade nas respostas. Por outro lado, existe o risco da subjetividade da informação escrita pelos participantes que não estão em contato direto com o investigador. O recurso a um investigador com experiência na análise qualitativa do conteúdo das narrativas e no desenvolvimento de estudos qualitativos pode ter sido importante para minimizar este risco de viés. Estudos futuros com maior número de participantes e com uma participação mais efetiva do investigador, com entrevista semiestruturada pode ser uma solução para diminuir a subjetividade da informação transmitida pelos participantes.

Por outro lado, é importante que estudos futuros, valorizem a utilização de metodologias mistas ou ensaios clínicos controlados, que permitam uma avaliação dos programas de enfermagem de reabilitação às pessoas idosas com síndrome de fragilidade em contexto comunitário.

Autoria e Contribuições

RF: Conceção e planeamento do estudo; Recolha de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

CH: Conceção e planeamento do estudo Recolha de dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

JM: Conceção e planeamento do estudo Recolha de dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

OBL: Conceção e planeamento do estudo Recolha de dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

PP: Conceção e planeamento do estudo; Recolha de dados; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

LS: Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

CLB: Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

CF: Conceção e planeamento do estudo Redação do manuscrito; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final do manuscrito e a responsabilidade pelo mesmo.

Conflitos de interesse e Financiamento

Nenhum conflito de interesses foi declarado pelos autores.

Fontes de apoio / Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Declaração sobre disponibilização dados

Os dados relativos ao estudo serão disponibilizados sempre que solicitados.

Material Suplementar:

- [Parecer Revisor A](#)
- [Parecer Revisor B](#)
- [Carta de Resposta aos Revisores](#)

Referências

1. Faria A, Martins MMFPSL, Aguilera JA, Ribeiro OMPL, Fonseca EF, Flores JM. Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 13]; 4 (1): 6-14. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/46/293>
2. Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Rodrigues MMP, Fernandes MGM. Frailty syndrome in the elderly: conceptual analysis according to Walker and Avant. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 26]; 73 (Suppl 3): e20190601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0601>
3. Fried LP, Cohen AA, Xue QL, Walston J, Bandeen-Roche K, Varadhan R. The physical frailty syndrome as transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nat Aging* [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 13]; (1): 36–46. Available from: <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00017-z>
4. Dias AL, Pereira FA, Barbosa CP, Araújo-Monteiro GK, Santos-Rodrigues RC, Souto RQ. Fall risk and the frailty syndrome in older adults. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 24]; (36): eAPE006731. Available from: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-36-eAPE006731/1982-0194-ape-36-eAPE006731-en.pdf
5. Taguchi CK, Menezes PL, Melo ACS, Santana LS, Conceição WRS, Souza GF, et al. Frailty syndrome and risks for falling in the elderly community. *CoDAS* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 26]; 34 (6): e20210025. Available from: [10.1590/2317-1782/20212021025en](https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021025en)
6. Cattaneo F, Buondonno I, Cravero D, Sassi F, D'Amelio P. Musculoskeletal diseases role in the frailty syndrome: a case-control study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 28]; 19(19):11897. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph191911897>
7. Tembo MC, Mohebbi M, Holloway-Kew KL, Gastão J, Sui SX, Brennan-Olsen SL, et al. The contribution of musculoskeletal factors to physical frailty: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 20]; 22 (921): 2-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04795-4>
8. Faria ADCA, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Gomes BP. Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: estudo de caso. *Rev Port Enf Reab* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 18]; 3 (Sup 1): 36-41. Available from: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/95>
9. Ferreira R, Fernandes N, Bico C, Bonito A, Moura C, Sousa L, et al. The perspective of rehabilitation nurses on physical exercise in the rehabilitation of older people in the community: a qualitative study. *J. Funct. Morphol. Kinesiol* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 18]; 8 (4): 163. Available from: <https://doi.org/10.3390/jfmk8040163>
10. Flores-Bello C, Correa-Muñoz E, Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Effect of exercise programs on physical performance in community-dwelling older adults with and without frailty: systematic review and meta-analysis. *Geriatr* [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 20]; 9 (1): 8. Available from: <https://doi.org/10.3390/geriatrics9010008>
11. Casas-Herrero A, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 12]; 13 (2): 884–893. Available from: <https://doi.org/10.1002/jcsm.12925>
12. Faria ACAF, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Silva JMAV, Fonseca EF, Ferreira LJM, et al. Effect of the active aging-in-place-rehabilitation nursing program: a randomized controlled trial. *Healthcare* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 18]; 11 (2) 276. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare11020276>
13. Mulasso A, Roppolo M, Rainoldi A, Rabaglietti E. Effects of a multicomponent exercise program on prevalence and severity of the frailty syndrome in a sample of italian community-dwelling older adults. *Healthcare* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 05]; 10 (5): 911. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare10050911>
14. Romero Mejía DA, Espín López VI. Nursing intervention for physical mobility in older adults. *Salud, Ciencia y Tecnología* [Internet]. 2023 [cited 2026 abr 3]; (3): 517. Available from: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/249>
15. Wakida M, Asai T, Kubota R, Kuwabara T, Fukumoto Y, Sato H. et al. Longitudinal effects of physical exercise on health-related outcomes based on frailty status in community-dwelling older adults *Geriatr Gerontol Intern* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 28]; 22 (3): 213–218. Available from: <https://doi.org/10.1111/ggi.14346>

16. Coelho E, Martins R, Carvalho N. Effectiveness of a rehabilitation nursing program on response to effort and quality of life in the elderly Rev. Mill [Internet]. 2025 [cited 2026 abr 3]; 2 (16e): e37204. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/37204>
17. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. HERD Health Environments Research & Design Journal [Internet]. 2016 [cited 2025 Dec 28]; 9 (4): 16–25. Available from: <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
18. Silva IB, Amendoeira J. O uso da narrativa no paradigma da investigação qualitativa. Revista UI-IPSantarém [Internet]. 2018 [cited 2025 Dec 20]; 6 (2): 29-40. Available from: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
19. Bardin L. Análise de conteúdo. edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016. 281 p.
20. Dobarrío-Sanz I, Chica-Pérez A, López-Entrambasaguas OM, Martínez-Linares JM, Granero-Molina J, Hernández-Padilla JM. Promoting the empowerment and emancipation of community-dwelling older adults with chronic multimorbidity through a home visiting programme: a hermeneutical study. BMC Nurs [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 10]; (23): 444. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02117-2>
21. Lim JY, Yu H, Kwon YE, Do JG, Hwang JH. Feasibility of digital technology-supported home exercise intervention for health promotion in community-dwelling older adults: a pilot randomized controlled trial. Heliyon [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 30]; 10 (3): e24933. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24933>
22. De Souza LF, Canevar JB, Moreira BS, Danielewicz AL, De Avelar NCP. Association between fear of falling and frailty in community-dwelling older adults: a systematic review. Clin Interv Aging [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 29]; (17): 129–140. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S328423>
23. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. J Nutr Health Aging [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 14]; 25 (7): 824-853. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8>
24. Novo A, Mendes E, Lopes I, Preto L, Loureiro M, Delgado B. A atividade física e o exercício físico. In: Ribeiro O, editor. Enfermagem de reabilitação. concepções e práticas. 1. ed. Lisboa: Lidel; 2021.76-81 p.
25. Couto G, Silva RP, Mar MJ., Gomes B. Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In: Ribeiro O, editor. Enfermagem de reabilitação. concepções e práticas. 1. ed. Lisboa: Lidel; 2021. 234-280 p.
26. Lourenço M, Faria A, Ribeiro R, Ribeiro O. Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema musculoesquelético. In: Ribeiro O, editor. Enfermagem de reabilitação. concepções e práticas. 1. ed. Lisboa: Lidel; 2021. 281-328 p.
27. Suikkanen S, Soukkio P, Aartolahti E, Kääriä S, Kautiainen H, Huupli M T. et al. Effect of 12-month supervised, home-based physical exercise on functioning among persons with signs of frailty: a randomized controlled trial. Arch. Phys. Med. Rehabil [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 30]; 102 (12): 2283–2290. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.017>