



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Ser ativo todos os dias – Um
processo de capacitação dos
idosos**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Cátia Vanessa da Silva Gonçalves

Orientadora

Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

2019, Outubro



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

**Ser ativo todos os dias – Um
processo de capacitação dos
idosos**

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

Cátia Vanessa da Silva Gonçalves

Orientadora

Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

2019, Outubro

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

*O caminho poderá ser longo e difícil, mas com amor e dedicação,
Tudo valerá a pena.*

Cátia Gonçalves (2019)

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu namorado Gonçalo, à minha filha Diana, aos meus Pais e Irmão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu namorado Gonçalo Holtremann Venâncio pelo apoio incondicional e capacidade de compreender as minhas ausências durante este percurso. Pelo seu amor, carinho e amizade. Sem ele não teria sido possível.

À minha filha Diana Holtremann Venâncio que me acompanhou durante este processo quase toda a gravidez, e que me permitiu terminar esta etapa ao longo do seu primeiro ano de existência, com o seu amor, carinho e sorriso contagiante.

Aos meus pais, João Carlos Gonçalves e Lúcia Maria Gonçalves pelo seu apoio incondicional enquanto pais e avós. Por me permitirem continuar esta jornada e terminá-la.

Aos professores da Escola Superior de Saúde de Santarém que me permitiram crescer como pessoa e profissional. Em especial à Professora orientadora Maria do Carmo Figueiredo, pela disponibilidade, dedicação, e palavras de apoio e motivação, ao longo de todo o percurso.

Aos colegas de turma, pelo apoio mútuo, pela simpatia e momentos partilhados. Às minhas colegas e amigas Catarina e Márcia pelo profundo apoio, amizade e companheirismo que levarei para a vida.

À Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento, em especial à Enfermeira Mestre em enfermagem comunitária e saúde pública Ana Cristina Gonçalves pela forma como me acolheu, apoiou e permitiu as condições necessárias para o desenvolvimento desde Estágio e Relatório.

A todos o meu agradecimento!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

% - Percentagem

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Art.º - Artigo

AVD – Atividades de Vida Diárias

CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens Em Risco

CSP- Cuidados de Saúde Primários

D.L.-Decreto de Lei

DGS – Direção Geral da Saúde

DR -Diário da República

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf^ª- Enfermeira

EPVA – Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos

ESSS – Escola superior de saúde de santarém

et al. – e outros

f. – folha

GNR - Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - Joanna Brigs Institute

km² - Quilómetros

NAJCR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Nº /nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNS - Plano Nacional de Saúde

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

PSP – Polícia de Segurança Pública

QAFMI - Questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos

RLIS - Rede Local Inserção Social

RLVT - Região de Lisboa e Vale do Tejo

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UMIS- Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, como a hipertensão e a obesidade, melhorando a saúde mental e, conseqüentemente, o bem-estar e a qualidade de vida. Em contrapartida, a não adesão à atividade física provoca um impacto negativo no bem-estar da comunidade e no desenvolvimento económico.

O presente projeto de intervenção comunitária teve como base de intervenção 16 idosos, cujo objetivo geral é incentivar as pessoas idosas para a prática diária de atividade física.

Este projeto teve como suporte científico o Modelo Teórico de Betty Neuman, e a metodologia do Planeamento em Saúde. As intervenções foram planeadas em função das necessidades encontradas, com vista a desenvolver uma intervenção para promover a prática da atividade física nas pessoas idosas. Com esse planeamento procurou-se responder à seguinte questão de investigação: **Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário?**

Como metodologia de investigação foi realizada uma *scoping review* seguindo as diretrizes de *Joanna Briggs Institute*, com vista a identificar constructos teóricos que suportem cientificamente os métodos utilizados pelo enfermeiro para promover o *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário, de forma a obter resultados sensíveis em enfermagem.

Este projeto permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária com vista a favorecer a promoção da saúde em pessoas idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Atividade Física; Promoção da Saúde; Idosos; Envelhecimento Ativo.

ABSTRACT

Regular practice of physical activity contributes to the prevention and treatment of non-communicable chronic diseases, as hypertension and obesity, improving mental health and thus well-being and quality of life. In contrast, non-adherence to physical activity has a negative impact on community well-being and economic development.

This community intervention project was based on 16 elderly people, whose general objective is to empower the elderly to practice daily physical activity.

This project was scientifically supported by Betty Neuman's Theoretical Model and as methodology of Health Planning were used. The interventions were planned according to the needs, aiming to develop an intervention to promote the practice of physical activity in the elderly. This planning sought to answer the following research question: **What are the Nursing interventions in empowering the elderly in physical activity in a community context?**

As methodology a Scoping Review was conducted, following the guidelines of Joanna Briggs Institute, in order to identify theoretical constructs that scientifically support the methods used by the nurse to promote the empowerment of the elderly in physical activity in a community context to obtain sensitive results in nursing.

This project allowed the development of specialized skills in community nursing aiming to stimulate health promotion in the elderly.

KEYWORDS: Nursing; Physical activity; Health promotion; Seniors; Active aging.

ÍNDICE

1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTROCAMENTO	16
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	18
2.1 ENVELHECIMENTO ATIVO.....	18
2.2. ATIVIDADE FÍSICA	21
2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA.....	23
2.4. A PERSPETIVA SISTÉMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN	25
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE	28
3.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE.....	29
4. PERCURSO METODOLÓGICO - SCOPING REVIEW	31
4.1 ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS	32
5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	35
5.1. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	40
6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	46
7. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	49
8. CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	60
ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL.....	61
ANEXO II – SCOPING REVIEW	97
ANEXO III - BASE DE DADOS E LIMITADORES DE PESQUISA.....	179
ANEXO IV – DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO AOS PARCEIROS DA UCC ...	181
ANEXO V - DOCUMENTOS DA 2º SESSÃO.....	199
ANEXO VI - DOCUMENTOS DA 3ª SESSÃO	212
ANEXO VII - DOCUMENTOS DA 4ª SESSÃO.....	225
ANEXO VIII - SEMINÁRIOS.....	236

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Agrupamentos de Centros de Saúde da ARSLVT.	166
Figura 2 - Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman.....	27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da segunda.....	41
Tabela 2 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da terceira sessão.....	42
Tabela 3 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da quarta sessão.....	43
Tabela 4 - Resultados obtidos para cada indicador definido.....	44

INTRODUÇÃO

O regulamento nº 128/2011 determina que o enfermeiro de enfermagem comunitária e de saúde pública (ECSP) proporcione uma prática de cuidados globais centrados na comunidade, identificando e respondendo de forma adequada às necessidades dos clientes, desenvolvendo programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Evidenciam-se assim as atividades de promoção da saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados.

O conceito de promoção da saúde é primordial em Enfermagem Comunitária cujo objetivo é promover e preservar a saúde da população (Stanhope e Lancaster, 2011). A Carta de Ottawa (1986) e a Declaração de Jacarta (1997) reforçam a importância da promoção da saúde para a melhoria do estado de saúde das populações. A educação para a saúde é uma das ferramentas mais eficazes que contribui para o processo da promoção da saúde (Carvalho e Carvalho, 2006).

Na Carta de Ottawa (1986) o conceito de *empowerment* ou capacitação refere-se ao reforço do poder das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.

A investigação, em enfermagem, vem contribuir para um corpo de conhecimentos próprios e para assegurar a qualidade e a fundamentação da prática.

O enfermeiro exerce a sua prática de cuidados baseada numa relação interpessoal e em teorias de enfermagem que assentam no cuidar, tendo em conta as respostas humanas. Poderão através da investigação evidenciar à comunidade a utilidade da disciplina de enfermagem, permitindo aos enfermeiros serem reconhecidos como verdadeiros recursos em saúde.

O regulamento nº 128/2011 refere que o enfermeiro em ECSP deve disponibilizar informação baseada em evidência científica que suporte as decisões em saúde. O percurso metodológico realizado neste estágio passou pela *Scoping Review* tendo como ponto de partida a questão de investigação: Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário?

As atividades desenvolvidas durante todo o estágio seguiram as fases da metodologia do planeamento em saúde. O desenho do planeamento em saúde, é um

processo que permite a identificação de problemas de saúde e nasce de uma ideia preliminar de projeto de forma a encontrar uma resposta ajustada à situação em causa, adequando-a ao contexto institucional da situação. Deve conter três fases importantes: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. (Imperatori & Giraldes, 1993).

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio II e Relatório de Intervenção Comunitária do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém e teve como base o projeto de intervenção individual (Anexo I), realizado *A priori*. O estágio II foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entroncamento, ao longo de 18 semanas, entre 4 de Março e 21 de Junho de 2019. Assim, o presente relatório tem como objetivos:

- Enquadrar a prática clínica na evidência com recurso à metodologia científica (RSL/SR);
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança, (com recurso à *scoping review*);
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

A Organização Mundial de Saúde define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2002, p. 13). Por outro lado, Cerqueira (2010) descreve o envelhecimento bem-sucedido como um processo caracterizado pela ausência ou com um mínimo de perda das funções, pelo que os indivíduos que beneficiam de um envelhecimento bem-sucedido apresentam um baixo risco de doença e incapacidades, fruto da prática de um estilo de vida saudável e de uma vida social ativa. No entanto, para que o idoso possa beneficiar quer de um envelhecimento saudável, quer de um envelhecimento bem-sucedido é fundamental a adoção de um estilo de vida ativo, devido aos diversos benefícios que a atividade física aporta à saúde, uma vez que a prática da

mesma é considerada como um importante componente para a melhoria da qualidade de vida e da independência funcional do idoso.

Da análise prévia dos diagnósticos de enfermagem comunitária encontrados no estudo da população alvo, os resultados encontrados evidenciam “Não adesão ao exercício físico em grau elevado”, considerando que 81,3% da população alvo não adere regularmente à prática de atividades físicas, como, por exemplo, fazer caminhadas ou praticar algum desporto.

Assim, a intervenção do enfermeiro propõe ajudar as pessoas na gestão das transições de vida, compreendendo de que forma os indivíduos estão a vivenciar o processo e quais os recursos comunitários e sociais disponíveis (Meleis, 2011).

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária proporciona conhecimento e *empowerment* para desenvolver respostas saudáveis às transições e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades da comunidade, através da mobilização de ações da promoção da saúde. (Regulamento nº 428/2018, in DR nº135, 2ª serie, de 16 de Julho). Assim, através da sua intervenção é possível capacitar este grupo de idosos para que pratiquem regularmente atividade física, contribuindo assim na prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade, assim como na melhoria da saúde mental, melhorando consequentemente a qualidade de vida e bem-estar desta população alvo.

Segundo o regulamento nº 428/2018, o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve apresentar informação baseada em evidência científica que suporte as tomadas de decisão em saúde. Assim, de forma a obter resultados sensíveis em Enfermagem, foi utilizado como recurso metodológico uma *Scoping Review* (Anexo II) seguindo as diretrizes da *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Relativamente aos objetivos deste relatório, pretende-se que o documento permita dar conta das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, e traduza de forma crítica os resultados obtidos com esta investigação, nomeadamente na identificação de técnicas e metodologias a que o enfermeiro possa recorrer para promover o *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário. Pensamos que esta reflexão irá contribuir para reforçar as competências adquiridas no âmbito da enfermagem comunitária e ajudar a colocá-las em prática, de preferência em projetos de intervenção comunitária.

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em oito partes: A caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento; o quadro conceptual, que integrará a base para a compreensão do tema em estudo, nomeadamente o Modelo Teórico de Betty Neuman; As Etapas do Planeamento em Saúde; o percurso metodológico onde, na busca pela melhor evidência científica para fundamentar a prática e suportar e justificar a pertinência da intervenção na área em estudo, recorreremos a uma *scoping review*; a operacionalização do projeto de intervenção; outras atividades desenvolvidas em contexto de estágio, a apresentação de todo o percurso desenvolvido ao longo do estágio, onde se pretende fazer em simultâneo uma análise crítica do percurso realizado, tendo em conta o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária adquiridas durante o estágio e, por fim, as conclusões que foi possível retirar deste estudo.

1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTROCAMENTO

O conhecimento do lugar onde decorre o ensino clínico é essencial para que se consigam traçar metas e objetivos mensuráveis. Neste ponto do capítulo será dada a conhecer a estrutura orgânica e funcional da UCC.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Dec. Lei nº 28/2008) reorganizou os centros de saúde criando agrupamentos de centros de saúde (ACES), constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (Figura 1).

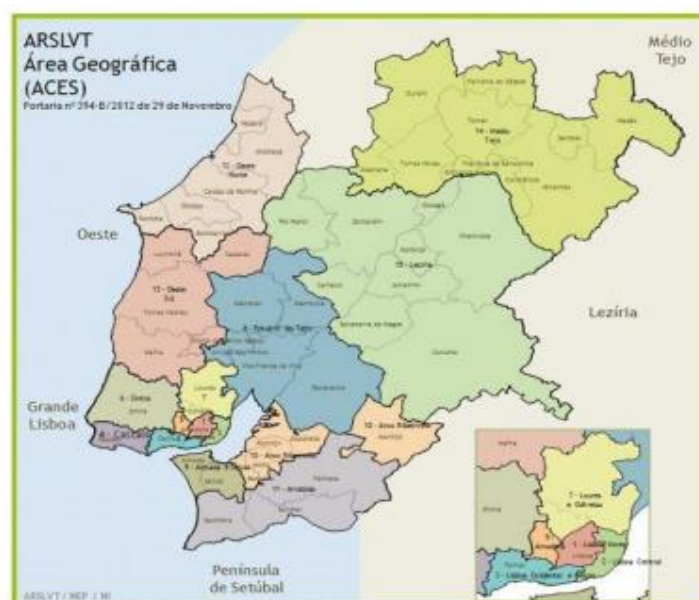


Figura 1 – Mapa dos Agrupamentos de Centros de Saúde da ARSLVT.

Fonte: Plano Estratégico da ARSLVT 2014-2016

Esta reestruturação cria entre outras, as UCC. Estas têm por missão a prestação de 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 com dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, bem como a promoção da saúde. Estas unidades são coordenadas por enfermeiros que se apresentam como um recurso qualificado com competências científicas, técnicas e humanas, sendo estas competências indispensáveis à sua implementação.

Os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade nestas unidades têm a responsabilidade na identificação dos problemas de saúde, vigilância e determinação do perfil epidemiológico de âmbito geodemográfico, dinamização e coordenação de programas de

intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Participam ainda em projetos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade (Comissão de Proteção de Crianças e Jovem em Risco, Espaço Saúde, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Reviver, programa das Amas enquadradas nas creches familiares, Programa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] e Prevenção de Violência nos Adultos [EPVA]).

O Centro de Saúde do Entroncamento que se encontra inserido na freguesia de Nossa Senhora de Fátima, integrado na ARSLVT, e no ACES Médio Tejo, destina-se a atender toda a população do concelho do Entroncamento, e encontra-se subdividido por unidades funcionais: a USF; a UCSP e UCC.

Em conformidade com o preconizado no regulamento nº 128/2011 o enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária integra a UCC, pelo que o presente projeto de intervenção desenvolvido para este estágio foi integrado no programa de “Intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ ou dependência que vivem sozinhas” .da UCC do Entroncamento, onde a equipa multidisciplinar é constituída por:

- 6 Enfermeiros: 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária ;2 Especialistas em Reabilitação; 1 Pós-graduação em Saúde Familiar e 1 Pós-graduação em Cuidados Paliativos.
- 1 Psicóloga (apoio na ECCI e núcleo de apoio de crianças e jovens);
- 1 Assistente técnica;
- 1 Técnica de serviço social (apoio nos casos sociais – apenas 1 dia por semana).

A área de intervenção da UCC é todo o concelho do Entroncamento com o horário de funcionamentos das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Para a elaboração de um projeto de investigação é necessário ter em conta alguns constructos teóricos que permitem compreender os fenómenos que a temática que se pretende estudar engloba. Assim, neste capítulo procurou-se identificar e desenvolver alguns dos conceitos analíticos associados às palavras-chave que formulam esta temática, nomeadamente o Envelhecimento Ativo, a Atividade física e a Intervenção na Comunidade.

2.1 ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo Muenz (2007), a maioria dos países desenvolvidos enfrentam atualmente o fenómeno do envelhecimento demográfico que se deve essencialmente a dois fatores, a diminuição da fertilidade e o aumento da esperança média de vida, que resulta no aumento proporcional das pessoas com 65 anos ou mais em relação às pessoas que se encontram nas faixas etárias mais jovens, elevando conseqüentemente o nível etário médio da população.

A nível europeu, assiste-se a um aumento significativo da esperança média de vida, a qual se prevê atingir em 2060, a idade média de 84,8 anos para os homens e um valor de 89,1 anos para as mulheres, segundo dados da European Commission (2015).

Em 2016, Portugal apresentava uma das maiores proporções de pessoas com 65 e mais anos: 20,7%, o que representa um aumento em relação à média da União Europeia que se situava em 19,2%. Portugal apresentava também valores preocupantes, no que diz respeito à diminuição do peso relativo de jovens na população, pois apenas 14,1% da população tinha menos de 14 anos, um valor inferior à média europeia de 15,6% (EUROSTAT).

Segundo Araújo e Araújo (2000), para além do aumento significativo da população idosa, esta apresenta também uma maior prevalência dos níveis de sedentarismo que, a longo ou médio prazo, podem levar ao desenvolvimento de fatores de risco para o aparecimento de doenças, diminuindo, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

De acordo com Giatti L (2003), a rápida mudança na estrutura etária do país fomenta novas situações de doença e coloca novos desafios. Entre eles, o de garantir boas

condições de saúde aos idosos e o de preservar a autonomia física e mental destes, de forma a manterem alguma qualidade de vida e poderem continuar a ter um papel relevante na sociedade.

De acordo com WHO (1999), por “envelhecimento normal” ou senescência, entende-se as alterações biológicas e universais que decorrem do aumento da idade, que não são afetadas pela doença e/ou efeitos ambientais, e que comprometem progressivamente os aspetos físicos e cognitivos do indivíduo. Segundo Molton e Jensen (2010), este conceito biológico de envelhecimento é visto como um processo normal, cumulativo e inevitavelmente associado a perdas e declínio funcional. O nível da capacidade funcional e de saúde depende não só de fatores genéticos, mas também da forma como se viveu até essa idade (Riita-Liisa, 1998).

Por outro lado, as mudanças atípicas ou patológicas inserem-se no conceito de envelhecimento patológico ou senilidade. Este ocorre em consequência de processos patológicos que afetam de forma significativa o quotidiano dos indivíduos e que podem resultar da combinação entre fatores genéticos e ambientais com estilos de vida. A ocorrência desses processos fomenta o desenvolvimento de patologias como as cataratas, hipertensão arterial, osteoporose, cancro, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, osteoartrose e esclerose, entre outras (Cerqueira, 2010). Além disso, segundo Nasher (1941) a combinação da degeneração celular interna com o declínio físico externo que ocorre durante o processo de envelhecimento na senilidade, poderá ainda afetar as características mentais e comportamentais dos idosos, sendo responsável por alterações como a avareza ou um interesse sexual exacerbado.

O conceito de envelhecimento ativo tem vindo a ser desenvolvido e consolidado desde que foi cunhado na década de 1960, nos EUA (Walker, 2002) e o seu surgimento coincide com o desenvolvimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido, com o qual se entendia que estava relacionado. A sua importância tem crescido nas sociedades desenvolvidas do mundo ocidental, sendo discutido em organizações supranacionais, como a União Europeia, a Organização Mundial de Saúde e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Atualmente constitui uma resposta necessária e urgente face ao envelhecimento populacional, devido à descida da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida (Cerqueira, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, p.12) por envelhecimento ativo entende-se o “processo de otimização das oportunidades de saúde,

participação e segurança” que as pessoas idosas devem adotar com vista a melhorar a sua qualidade de vida à medida que envelhecem. Este processo permite também fomentar o seu bem-estar físico, social e mental, para que possam participar da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades.

Trata-se de um conceito que tem sido bastante discutido (Freeman, 1979); Ribeiro & Paúl, 2011), não havendo, no entanto, uma abordagem coesa nem objetiva, pelo que, para este trabalho optou-se por seguir a perspetiva que dele tem Walker (2002), considerando as potencialidades e limitações da conceção tradicional de envelhecimento ativo como um processo que se adota a partir de determinada idade e que se prende com a junção entre saúde e atividade produtiva (Cerqueira, 2010). Assim, seguindo a visão de Walker (2002), pretende-se abordar o envelhecimento ativo, como uma estratégia a adotar ao longo da vida, ou seja, uma alternativa de vida ativa e não apenas de uma preocupação quando se entra em idades avançadas.

Para Walker (2002) existem quatro questões essenciais colocadas pelo envelhecimento ativo:

a configuração do sistema de pensões; o envelhecimento da população ativa, com conseqüente necessidade de apostar na formação ao longo da vida e na adaptação dos modelos de trabalho; a crescente necessidade de cuidados, recorrendo ao Estado, o que exige uma maior capacidade financeira de apoio social, bem como a reestruturação dos sistemas de saúde e de cuidado/apoio na dependência; e a inexistência de mecanismos de promoção da participação social da população idosa (Miguel, 2018, p. 25).

Para responder a estas questões deve-se considerar o envelhecimento ativo como uma estratégia, um percurso de vida, um objetivo que a pessoa procura pelo significado que este contém em si: uma filosofia de vida. O envelhecimento ativo deve incluir também idosos dependentes ou com fraca autonomia, e ser visto como uma ferramenta de prevenção e não como uma solução, um “remédio” a aplicar quando se chega a uma idade avançada. Este conceito abrange não só direitos, mas também deveres e deve respeitar a diversidade. Deve constituir uma estratégia participativa e capacitadora para gerar motivação e participação, mas também abrangente e não-coerciva, para que os indivíduos possam aderir espontaneamente e não porque se sentem obrigados (Walker, 2002).

Segundo dados do Programa Nacional para a promoção da Atividade Física (PNPAF) (2014) a população idosa em Portugal apresentava percentagens de

inatividade na ordem dos 70% a 95%, independentemente do género. Para um idoso inativo, levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode resultar que o idoso passe de um indivíduo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD), aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas (Rikli & Jones, 1999, 2001, 2008).

Segundo Paterson, Jones e Rice, (2007) se a realização das AVD está momentaneamente, comprometida esse fator poderá condicionar a realização de algumas dessas atividades, dando início a um círculo vicioso de diminuição da capacidade funcional.

De acordo com Rikli e Jones (2001), a qualidade de vida dos idosos depende essencialmente da sua capacidade de realizar as suas AVD, sem dor e limitação funcional, durante o maior número de anos possível. Assim o declínio funcional, particularmente o associado à inatividade física, pode ser colmatado através de uma avaliação adaptada e mudanças de comportamentos. Ainda segundo os mesmos autores a prevenção ou redução da perda da capacidade física em idade avançada depende da deteção precoce dos sinais de declínio funcional e do seu posterior tratamento. Assim, por incapacidade funcional entende-se a dificuldade no desempenho de certos movimentos e a diminuição da capacidade, ou mesmo impossibilidade, para realizar as AVD. De acordo com Mor V. e Murphy J. (1989) a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, e está relacionada com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos.

2.2. ATIVIDADE FÍSICA

Em 1978 a Declaração de Alma-Ata nomeou as necessidades de atenção primária à saúde, de forma a alcançar a meta de “Saúde para Todos” no ano 2000. Das atividades preconizadas, destaca-se a educação da população sobre problemas prevalentes, assim como métodos de prevenção e controlo. A Declaração mantém-se atualizada quanto à necessidade de prevenção e promoção da saúde da população, com um progressivo reconhecimento científico da importância da atividade física como estratégia para alcançar este objetivo.

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

De acordo com o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo: doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon), tendo um forte contributo também na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental, e por consequentemente na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Ainda segundo a OMS (2018), a não adesão à atividade física terá um impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e também na qualidade de vida.

Este novo plano de ação global de promoção da atividade física traz assim novas respostas aos países, com orientações mais atualizadas, e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis com vista a aumentar a atividade física da população mundial a todos os níveis.

Segundo as orientações da União Europeia para a Atividade Física - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar, a atividade física é definida como “qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso” (2009, p.7), assim, esta definição integra todos os pressupostos da atividade física, ou seja: em momentos de lazer, ocupacional, em casa, no transporte.

Ainda segundo as orientações da União Europeia (UE), a prática de atividade física demonstra grandes benefícios, contribuindo para:

- Bom funcionamento cardiopulmonar;
- Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
- Maior consumo de gorduras;
- Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro;
- Maior mineralização dos ossos em idades jovens;
- Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;
- Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando numa melhoria da capacidade funcional para as atividades do dia-a-dia;
- Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;

- Manutenção das funções cognitivas, (diminuindo o risco de depressão e demência);
- Diminuição dos níveis de *stress* e melhoria da qualidade do sono;
- Melhoria da autoimagem e da autoestima;
- Menor risco de queda e prevenção (em adultos de idade mais avançada).

Segundo a Lei n.º 5/2007, de 16 de janeiro – Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto – e, nomeadamente o Art.º 2.º, os “Princípios da universalidade e da igualdade”, “todos têm direito à atividade física e desportiva, independentemente da sua ascendência, sexo, raça, etnia, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual [...] atividade física e o desporto devem contribuir para a promoção de uma situação equilibrada e não discriminatória entre homens e mulheres” (p. 356). Já o Art.º 6.º, sob a epígrafe “Promoção da atividade física”, refere que “incumbe ao Estado, às Regiões Autónomas e às autarquias locais, a promoção e a generalização da atividade física, enquanto instrumento essencial para a melhoria da condição física, da qualidade de vida e da saúde dos cidadãos” (p. 357).

Ainda a nível nacional, o PNPAF pretende implementar entre 2016 e 2019 as orientações do PNS, extensão 2016-2020, de forma a dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar. Este programa tem assim como missão diminuir os níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário.

2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem como missão intervir na Comunidade com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social de todos os contextos de

vida. (OE, 2018). Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deverá:

- Apresentar um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde (de grupos ou comunidade), através da conceção do diagnóstico de saúde;
- Identificar as necessidades de saúde de grupos ou comunidade;
- Realizar, planear e implementar projetos de intervenção;
- Intervir nos grupos e comunidades adequando-se às suas necessidades específicas, e assegurando o acesso aos cuidados de saúde;
- Coordenar e dinamizar programas de intervenção;
- Participar em parceria com outras instituições da comunidade;
- Mobilizar parceiros / grupos da comunidade para identificar e resolver problemas de saúde;
- Cooperar na coordenação, operacionalização e intervenção dos problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade;
- Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- Utilizar a evidência científica para solucionar problemas de saúde pública.

Ainda, de acordo com o Regulamento n° 428/2018 do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, este deve adotar os seguintes critérios:

- Intervir, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde de uma comunidade;
- Colaborar de forma à capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenar programas de saúde de modo a atingir os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde;
- Executar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

Assim, estes cuidados têm como objetivo dar resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde dos grupos, comunidade e população, através da concretização de programas de intervenção com o objetivo da capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde ao exercício da cidadania (Regulamento n° 428/2018).

De forma a poder obter ganhos em saúde, o enfermeiro deverá adquirir conhecimentos acerca das políticas de saúde e das políticas sociais, ou seja, das políticas do governo, incluindo as medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas que permitem condições ambientais, socioeconómicas e culturais benéficas para a saúde individual e coletiva e na tomada de decisão em saúde (González, & Wagenaar, 2003 citados por Figueiredo, 2017). Segundo Amendoeira (2000; 2006) o enfermeiro deve possuir conhecimentos específicos, que lhe possibilitam elaborar o diagnóstico e o planeamento de cuidados, que posteriormente será ele próprio a executar e controlar, valorizando o processo de cuidados como sistema de interação onde a pessoa é o centro de interesse.

O PNS 2012-2016 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2012, p.26) apresenta como objetivo a promoção, participação e *empowerment* dos utentes, realçando os decisores políticos e reforçando as mudanças obtidas através do *empowerment*.

O *empowerment* permite dar conhecimento sobre a saúde e bem-estar da pessoa, para este se possa tornar consciente do seu próprio poder, alcançar os seus objetivos e resolver os seus problemas, aumentando o autodomínio da sua própria saúde, melhorando-a. Este consiste num processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre as pessoas e os profissionais de saúde (Bernardino *et al*, 2013 citados por Figueiredo, 2017).

Segundo Carvalho (2004), o *empowerment* permite capacitar/possibilitar/ tornar viável (*enable*), os indivíduos, pelo que este conceito promove a participação dos cidadãos na melhoria do seu próprio estado de saúde.

Assim, após os diagnósticos de enfermagem comunitária é imprescindível colmatar esta necessidade e proceder à melhoria da situação e/ou modificação do problema encontrado, através da intervenção da comunidade.

2.4. A PERSPETIVA SISTÉMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é dirigida à comunidade, participando numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

Como suporte na intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária utilizei o Modelo Teórico de Betty Neuman pois facilita uma visão

multidimensional dirigida à unidade total, que poderá ser usada para um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995). O modelo preconizado por Neuman tem um foco holístico no Modelo de Sistemas, sendo, a enfermagem considerada um sistema pois a sua prática contém variáveis em interação. Assim, a estrutura da Teoria consiste num modelo de sistemas abertos composto principalmente por *stressores*, reação aos *stressores* e indivíduo, em interação com o ambiente (Neuman, 1995).

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, sendo este o alvo de estudo da população, criando um composto dinâmico de interações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e a pessoa. Compreende-se, portanto, que este seja considerado um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

O sistema cliente apresentado define-se como um grupo populacional, sendo neste caso os idosos que vivem sós. Este grupo populacional é um composto dinâmico de interações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Segundo Tomey e Alligood (2004), este sistema é aberto pois está em constante mudança e interação com o meio.

Este modelo caracteriza-se por um núcleo central na comunidade e os seus subsistemas, nomeadamente as linhas de defesa (nível de saúde que a comunidade alcança ao longo do tempo, resultando da resposta aos *stressores*), as linhas de resistência (mecanismos internos que agem em defesa dos *stressores*), os *stressores* (são produtores de tensão que causam desequilíbrio no sistema; podendo ser divididos em três: intra, inter e extrapessoais) e por último, o grau de reação (desequilíbrio que advém do impacto dos *stressores* nas linhas de defesa da comunidade) como está adaptado na figura 2.

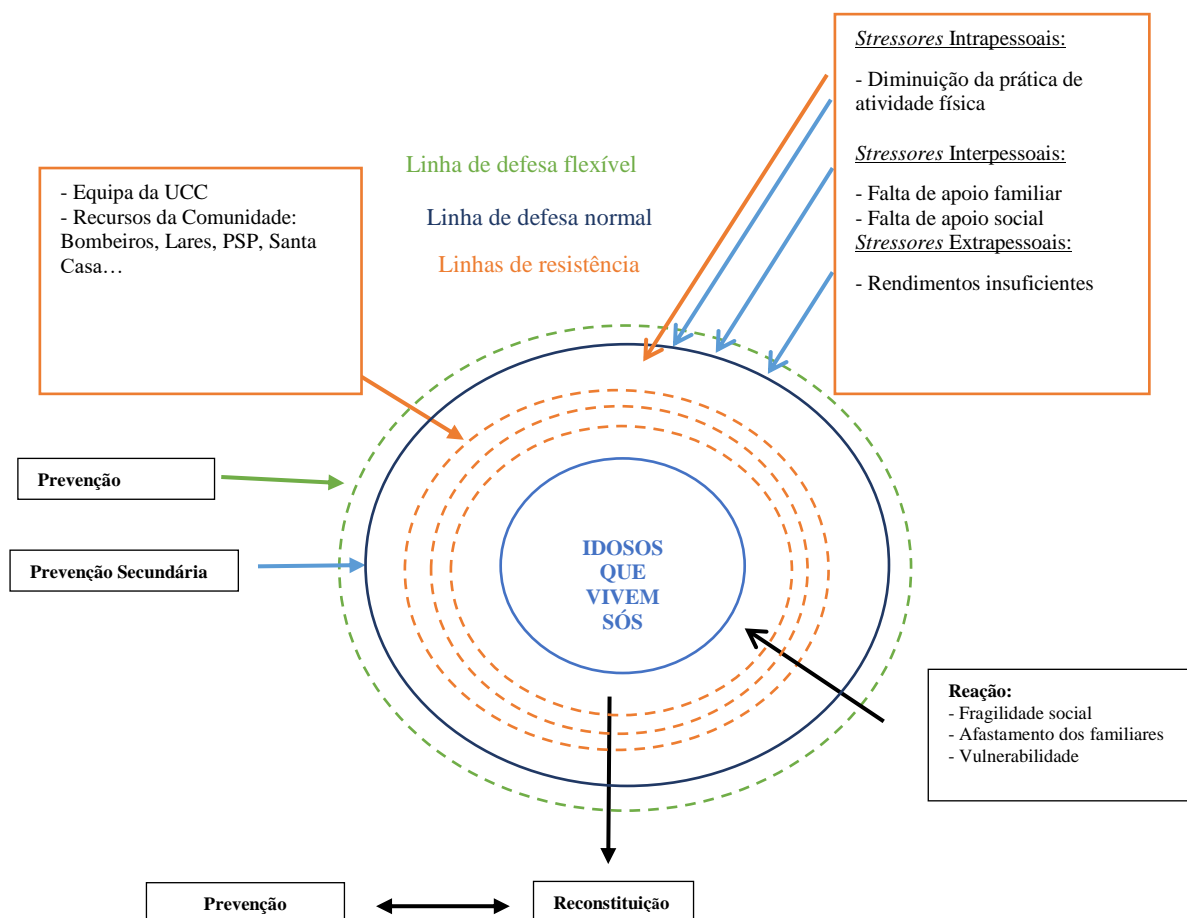


Figura 2 - Adaptação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman

A instabilidade determina-se pela tensão que a combinação de *stressores* intrapessoais (diminuição da prática de atividade física), interpessoais (falta de apoio familiar e falta de apoio social) e extrapessoais (rendimentos insuficientes) exerce sobre o sistema cliente (idosos que vivem sós), estes ao atravessarem as linhas flexível e de defesa normal provocam um elevado grau de reação nos idosos. Esta instabilidade acontece na diminuição da atividade física do *stressor* intrapessoal. Por sua vez, os *stressores* interpessoais, extrapessoais e a diminuição da capacidade para as AVD nos *stressores* intrapessoais encontram-se na linha defesa normal, pois caso seja necessário estes idosos são apoiados.

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública antes de efetuar qualquer intervenção/programa de promoção para a saúde, deverá compreender de forma holística o indivíduo/família/comunidade em que se pretende intervir. Para isso, é com base na metodologia do planeamento em saúde que avaliamos o estado de saúde de uma comunidade. Assim, planeamento em saúde é definido por Nunes (2016), como a racionalização dos recursos de forma a atingir os objetivos fixados e por consequente redução dos problemas de saúde considerados como prioritários. Além disso, existem vários fatores a ter em consideração pelos profissionais de saúde aquando da elaboração do planeamento, nomeadamente fatores ambientais e estruturais, hábitos e costumes, fatores biológicos, o próprio sistema de saúde em que se insere e os recursos humanos e materiais disponíveis.

De acordo com Imperatori e Giraldes, a metodologia do Planeamento em Saúde deve compreender três fases essenciais “a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 28).

Segundo Nunes (2016), a metodologia do Planeamento em Saúde deve abranger diversas fases, tais como, diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, pela seleção de estratégias e pela preparação para a execução, a execução e a avaliação.

Segundo Tavares (1990), o planeamento caracteriza-se por um processo contínuo, dinâmico e flexível, sendo necessária uma constante mudança de forma adaptar-se à realidade da situação. Considerando-se que o planeamento e a realidade se influenciam, através da interação, o planeamento em saúde é imprescindível pois os recursos disponíveis são escassos, devido à atual situação económica que ocorre no país. É assim, fulcral arranjar estratégias de forma a abranger o máximo de indivíduos, com os menores recursos e a maior eficácia possível. Portanto, deve-se planear intervenções direcionadas para a “causa” e não para o “efeito”, evitando o aparecimento do problema no futuro, definindo-se assim prioridades de ação.

No planeamento em saúde é fundamental o diagnóstico de saúde comunitária para que o enfermeiro consiga estabelecer as prioridades e definir as suas intervenções centradas na comunidade. Stanhope e Lancaster (2011), referem que é através da execução dos diagnósticos de enfermagem comunitária que se torna possível a identificação dos fatores que provocam o problema e estabelece a comunidade como cliente dos cuidados.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

De forma adquirir um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos respetivos fatores que a condicionam, é necessário elaborar um Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Segundo Martinez (2007) esta constitui a primeira etapa do planeamento em saúde, através da determinação dos problemas e necessidades da comunidade.

Foi elaborado no Estágio I o Diagnóstico de situação à população alvo, este diagnóstico teve como base o programa da UCC, “Projetos de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ ou dependência que vivem sozinhas”.

Após a análise e tratamento dos dados foi identificado os problemas de saúde da comunidade sobre a forma de diagnóstico de saúde comunitária segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 de 2011.

Assim foram identificados nove diagnósticos de saúde através dos resultados do questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos (QAFMI), sendo que o que incidiu a minha intervenção partiu do diagnóstico de saúde da Não adesão ao exercício físico em grau elevado, a partir da questão “pratica regularmente atividade física como dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?” 13 idosos (81,3%) responderam “Não”.

De forma a dar prioridades às necessidades da população é necessário recorrer à utilização de critérios para hierarquizar os problemas de saúde detetado. Segundo Tavares (1990, p. 101) “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.” Imperatori e Giraldes (1993) sugerem três critérios para a definição de prioridades: magnitude em que constitui na determinação e

caracterização do problema pela sua dimensão; a transcendência social que consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção e a vulnerabilidade que consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área.

Assim após os resultados do questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos (QAFMI) aplicados à população alvo e a validação dos dados, determinou-se que a não adesão ao exercício físico em grau elevado, apresenta uma percentagem de 81,3%, ou seja, os idosos não praticam exercício físico. Considerando-se esta, uma das prioridades principais, decidi ser este o meu foco de intervenção na comunidade, pelo que elaborei o projeto que se encontra no Anexo I.

Este Questionário QAFMI, versão portuguesa, validada por Rogério Rodrigues (2008), foi aplicado após a sua prévia autorização para o efeito. Este questionário avalia a capacidade funcional multidimensional e a utilização e necessidade sentida de serviços, bem como, fornece dados para o planeamento de intervenções através de seis dimensões.

Tendo em conta as dimensões éticas da prática de enfermagem, no Artigo 8º do Decreto-Lei n.º161/96, começando por me apresentar e para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados os utentes foram informados sobre os objetivos do trabalho e assinaram um Consentimento Livre e Informado.

De forma a aplicar o questionário aos idosos com o objetivo de recolher informação solicitei o pedido de parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém, bem como a sua aprovação.

De modo a garantir o uso do direito de liberdade e intimidade assegurámos o direito ao idoso de recusar ou interromper a sua participação no estudo a qualquer momento. Na recolha de dados foi também garantida a privacidade e o sigilo.

Em caso de indecisão ou não adesão aos momentos de desenvolvimento das técnicas de investigação, não prossegui com a recolha de dados.

4. PERCURSO METODOLÓGICO - SCOPING REVIEW

Se o enfermeiro tiver como referencial a melhor prática baseada na melhor evidência, na experiência profissional e no respeito pelos valores e referências das pessoas, poderá responder de modo efetivo às necessidades da população e conseguir melhores resultados sensíveis em enfermagem (Amendoeira, 2000).

Os verdadeiros conhecimentos implícitos na prática de enfermagem, resultam da práxis de uma disciplina aplicada e que deveriam ser objeto de observações sistemáticas, pondo por escrito os resultados das aprendizagens resultantes, ficam por executar (Carpe, 1978, Collins & Fielder, 1981, citado por Benner, et al., 2005).

Assim, a revisão da literatura vai circunscrever as abordagens aplicadas noutras situações com problemáticas semelhantes e qual o resultado das mesmas, assim, a revisão da literatura vai permitir ao enfermeiro melhorar a qualidade, a eficácia e a aplicabilidade dos programas de saúde, sistematizando-a e transportando para a sua prática, ou seja, a prática baseada na evidência. com (Stanhope, 2011)

Esta prática baseada na evidência permite fazer as coisas de uma forma eficaz e com padrões elevados de forma a garantir que o que é feito, é com qualidade, e que os resultados são mais benéficos do que danosos. (Craig & Smith, 2004).

A prática baseada na evidência é o resolver de um problema que se aproxima da prática clínica que incorpora o uso consciente das melhores evidências com a experiência dos clínicos e com as preferências e valores dos clientes, na tomada de decisão sobre o cuidado às pessoas (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005). Com este objetivo, foi elaborada uma *scoping review* com base na estrutura proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), que se encontra no Anexo II.

O regulamento nº 128/2011 refere que o enfermeiro comunitário deve disponibilizar informação baseada em evidência científica que suporte as decisões em saúde.

Inicialmente definiu-se a questão: “Quais as intervenções de Enfermagem no *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário.?” tendo como objetivo identificar de que forma o Enfermeiro promove o *empowerment* dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Após a formulação da questão de partida foi realizada uma pesquisa bibliográfica com vista a reunir os conhecimentos necessários para definir o quadro conceptual,

essencial para a compreensão do fenómeno em estudo, assim como para a determinação das palavras-chave para pesquisa de artigos nas diferentes bases de dados.

As palavras-chave definidas para a pesquisa por ordem hierárquica, tendo em conta os descritores Mesh e PubMed, foram: *Nursing* [MeSH] (Enfermagem); *Physical Activity* [MesH] (Atividade física), *Patient Empowerment* [Pubmed] (Capacitação do utente), *Frail Elderly* [MesH] (Idoso Fragilizado).

Os critérios de inclusão foram definidos de forma a dar a melhor resposta à questão.

A pesquisa foi realizada com os descritores MeSH e PubMed interligados pelo booleano AND e OR conjugando a seguinte estratégia de pesquisa: *Nursing AND Patient empowerment OR Physical Activity AND Frail elderly*. Procedeu-se à pesquisa de artigos primários e secundários, publicados nas bases de dados ProQuest e PubMed e na plataforma EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Medclatina, com os limitadores, conforme pode ser visto no Anexo III.

Posteriormente utilizando o *PRISMA 2009 FlowChart*, foram encontrados dois artigos que dão resposta à questão.

Os artigos foram analisados (Anexo II), cuja síntese dos resultados e respetiva análise crítica/reflexiva serão apresentados no ponto seguinte do presente capítulo.

O enfermeiro de ECSP, através das competências e capacidades técnico científico que possui, revela-se como elemento essencial, na deteção e resolução de problemas, na capacitação dos idosos, contribuindo deste modo para o bem-estar qualidade de vida.

4.1 ANÁLISE REFLEXIVA DOS RESULTADOS

No primeiro artigo intitulado por “*Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model*”, os contributos para a questão são, que as estratégias voltadas para a educação dos idosos permitem o *empowerment* destes e, por conseguinte, mais auto-capacitação, o que resulta na melhoria da sua qualidade de vida. Essa visão é partilhada por outros autores, como Shearer (2007) o qual sustenta que o *empowerment* se encontra associado à conscientização que o indivíduo adquire de possuir competências que o ajudam no seu desenvolvimento e controlo pessoal e que estão evidenciados em conceitos como autoestima, confiança interior, bem-estar e auto-

capacitação, ou Lord e Hutchison (1993) que afirmam que o *empowerment* é o processo em permite que o indivíduo ganhe mais controlo sobre os diversos aspetos da vida. Além disso, a identificação de fatores preventivos e facilitadores no conceito de *empowerment* permite efetivar adequadamente esse *empowerment* com uma visão baseada em descobertas científicas.

No caso de doenças crónicas, o *empowerment* é fundamental para a autogestão da patologia tanto para os enfermeiros quanto para os idosos. Para tanto, os enfermeiros devem ser capazes de se comunicar de forma eficaz e de se concentrarem nos objetivos dos idosos, os quais, por sua vez necessitam de ter conhecimentos adequados e competências para se envolverem ativamente com o processo de *empowerment*. É, pois, através da informação, educação e suporte, fornecida pelos enfermeiros, que é possível satisfazer as necessidades destes indivíduos, tendo como base os seus valores, experiências e objetivos pessoais.

No segundo artigo intitulado por “*La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud*”, o contributo deste estudo evidencia a importância da atividade física, a duração e frequência com que se deverá praticar atividade física para trazer benefícios em indivíduos com mais de 65 anos, diferenciando-os por género. Apresenta também que apesar do desempenho físico diminua com o envelhecimento, é possível aumentar a força, agilidade, velocidade e resistência em homens e mulheres idosos, através de programas específicos e individualizados aos idosos. Estes programas são eficazes para melhorar a forma física dos idosos. E por fim, demonstra quais as consequências da não adesão à atividade física nos idosos. Concluindo que o aumento da atividade física permite alcançar um envelhecimento saudável e reduzir o risco de doença e morte.

Essas conclusões vão de encontro ao postulado pelas cartas de Bangkok e Ottawa, cujas orientações persistem nas sociedades atuais e constituem importantes referências para a formulação de políticas públicas saudáveis, que vão para além dos cuidados básicos relacionados com a saúde e onde se insere a promoção da atividade física. Essas orientações baseiam-se no reconhecimento de que a atividade física contribui para a manutenção da autonomia do idoso, ajudando-o, assim, a preservar as suas capacidades cognitivas, tal como a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, fatores que contribuem para um envelhecimento saudável (OMS, 2002).

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Pela análise dos artigos foi possível obter resposta à questão, permitindo deste modo caracterizar a intervenção do enfermeiro na capacitação dos idosos para a atividade física. O contributo da *scoping review* irá concorrer para uma prática de cuidados baseada na síntese da melhor evidência científica e deste modo contribuir para aumentar os ganhos em saúde do grupo de idosos e da comunidade.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

As intervenções definidas são concretizadas através de sessões. Assim, procede-se à descrição da execução, tendo sido programadas em concordância com a Enfermeira cooperante e a Professora Orientadora. Ficou ainda determinado que as sessões teriam um horizonte temporal desde março até maio.

No sentido de compreender quais os recursos disponíveis para a implementação do projeto, realizou-se a Sessão nº 1 – Apresentação do Diagnóstico aos Parceiros da UCC. Foi realizada no dia 18 de março de 2019, uma sessão de apresentação aos parceiros da UCC, tendo sido convocada pela Enfermeira Responsável pelo Projeto das Pessoas que vivem sozinhas, pois é o elo de ligação aos parceiros do projeto.

O objetivo desta sessão foi dar conhecimento aos parceiros do estudo efetuado à população-alvo, e quais os diagnósticos prioritários encontrados. Foi realizado um plano de sessão (Anexo IV). Após o esclarecimento do estudo, foi realizada a discussão do planeamento de atividades com os parceiros a desenvolver e pedido de colaboração para a realização das atividades propostas no Projeto de Intervenção.

Os parceiros representantes presentes na sessão foram: PSP; Câmara Municipal do Entroncamento; Junta de Freguesia – São João Batista; Junta de Freguesia – Nossa Senhora de Fátima; Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento; Associação dos Lares dos Ferroviários; Rede Local Inserção Social (RLIS); duas Enfermeiras da UCC Entroncamento.

Desta sessão os parceiros apresentaram uma atitude participativa durante a apresentação e discussão, reconhecendo a importância de atividades desenvolvidas para a comunidade e dentro da comunidade. Mostraram total disponibilidade para facultar espaços para as sessões de educação para a saúde, impressão de folhetos e/ou pósteres ao encargo dos parceiros, e por fim, sugestão de ideias para realizar as sessões dentro de atividades desenvolvidas na cidade como por exemplo: no dia mundial da saúde e na festa da flor do concelho do Entroncamento. Por fim, foi feito o encerramento da sessão e os agradecimentos. Os documentos desta sessão estão no Anexo VI.

Após a reunião com os parceiros, foram elaboradas as sessões de educação para a saúde à população alvo, dividindo-se em três sessões, que serão especificadas de seguida.

Antes e após as sessões foi aplicado uma ficha de avaliação do conhecimento sobre as temáticas a serem apresentadas à população alvo, diferenciando-as por sessões.

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Sessão nº 2 – Promoção da atividade física para pessoas idosas: Caminhada. Esta sessão foi realizada pela Câmara Municipal do Entroncamento com a colaboração da UCC do Entroncamento, no âmbito do Dia Mundial da Saúde (dia 7 de abril de 2019), mas por ser um dia de fim-de-semana, foi comemorado com esta sessão no dia 8 de abril de 2019. Foi realizado um plano de sessão (Anexo V). Os 16 idosos foram convocados por telefone, pessoalmente ou/e em visitas domiciliárias, com uma previsão final de estarem presentes sete idosos da população alvo.

Foi também realizado um artigo de educação para a saúde, com a finalidade de promover a capacitação da comunidade no âmbito da prática de atividade física, os seus benefícios e a forma correta de se praticar atividade física, e por fim a divulgação da sessão de educação para a saúde do dia 8 de abril de 2019. Este artigo foi divulgado na Rádio Local diariamente, cinco dias antes da realização da sessão.

No dia da sessão, que foi realizada no Pavilhão Municipal Desportivo estiveram presentes: representante do Lar dos Ferroviários; representante do Lar da Santa Casa da Misericórdia; representante do Centro de Convívio; presidente da Câmara Municipal do Entroncamento; presidente da Junta de Freguesia da Nossa Senhora de Fátima; vereadora da Câmara da Área da Saúde; professor de Educação Física; três Enfermeiros da equipa da UCC; estagiária da Licenciatura de Enfermagem da ESSS; 43 idosos, dos quais cinco da população alvo).

Foi posto à disposição pela Câmara um autocarro gratuito, para a população idosa poder estar presente na sessão.

Foi realizada a sessão de educação para a saúde, após a sessão, foi feita uma Caminhada e Atividade Física com a colaboração e orientação de um Professor de Educação Física e dos Enfermeiros da UCC especialistas em reabilitação.

No final, foi entregue um folheto informativo aos participantes, foi realizado um levantamento dos conhecimentos dos idosos antes e pós evento, de forma a perceber se houve conhecimento adquirido após a sessão de educação para a saúde, e por fim uma avaliação global da sessão de educação para a saúde, através de um questionário.

Esta sessão foi divulgada em pós-evento, através da página do *Facebook* e página *web* da Câmara Municipal do Entroncamento.

Sessão nº 3 – Promoção da atividade física para pessoas idosas: Recursos e Atividades na Comunidade. A população alvo foi convocada para a sessão, através da via telefónica e presencial no dia 29 de abril de 2019, onde apenas oito, dos 16 idosos, se

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

mostraram disponíveis para participar nesta sessão. Os idosos do Centro de Convívio foram também convidados pessoalmente a participar.

No dia do evento, foi possível fazer uma visita ao Centro de convívio, pela responsável do mesmo, e esclarecida sobre as atividades desenvolvidas e recursos que lhes são disponibilizados. Feita a preparação da sala e organização do evento (espaço e tempo) e elaborado o plano da sessão (Anexo VI).

Foi realizada no dia 8 de maio de 2019 pelas 14h30m uma sessão de educação para a saúde promovida pela UCC do Entroncamento com a parceria da Câmara Municipal do Entroncamento e o Centro de Convívio da Terceira Idade do Entroncamento.

Esta sessão foi divulgada de forma a demonstrar os conhecimentos sobre técnicas de comunicação e *marketing* em saúde (regulamento nº 428/2018), em pré-evento no *Jornal Online* do Entroncamento (“EOL – Entroncamento *Online*”) a partir do dia 6 de maio de 2019, onde foi possível a publicação de um artigo online, com o alcance a toda a população do Entroncamento, e que anunciava a sessão de educação para a saúde do dia 8 de maio dirigida à população idosa do concelho. Foram também afixados cartazes de divulgação da sessão no Centro de Saúde do Entroncamento (*Placard* Informativo) e no Local da realização da Sessão, no Centro de Convívio da Terceira Idade do Entroncamento), três dias antes da sessão.

Esta sessão foi feita com o intuito de integrar a nossa população alvo na comunidade e mostrar-lhes os recursos existentes na comunidade, permitindo também o convívio e o abandono do isolamento social em que se encontram. Com objetivo primordial de dar conhecimento sobre os benefícios da atividade física, as atividades existentes na comunidade para idosos e promover a atividade física em idosos.

Nesta sessão de educação para a saúde foi possível ter presente: responsável do Centro de Convívio da Terceira Idade; assistente operacional do Centro de Convívio da Terceira Idade; professor de Educação física; professora orientadora; 40 idosos do Concelho do Entroncamento (sete idosos da população alvo); Enfermeira da UCC do Entroncamento (Especialista em Reabilitação).

Foi então feita a sessão de educação para a saúde com entrega de folheto e por fim, uma caminhada e alongamentos pela ciclovia, dando uso aos recursos existentes na comunidade, em que foi possível a colaboração e orientação do professor de educação física para o desempenho correto de alongamentos e da caminhada após a apresentação.

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Foi também realizado um levantamento dos conhecimentos dos idosos antes e pós evento, de forma a perceber se houve conhecimento adquirido após a sessão de educação para a saúde.

Os idosos apresentaram uma atitude participativa e animada perante a sessão, reconhecendo a importância da mesma, e por fim, solicitaram a prática de mais sessões e atividades para este grupo etário. Por fim, foi feito o encerramento da sessão, o questionário de avaliação global da sessão e os agradecimentos.

Sessão nº 4 – Promoção da atividade física para pessoas idosas: Exercícios individuais. A população alvo foi convocada para a sessão, através da via telefónica e presencial no dia 15 de maio de 2019, onde nove, dos 16 idosos, se mostraram disponíveis para participar nesta sessão.

Foi realizada a preparação da sala e organização do evento (espaço e tempo). E elaborado o plano da sessão (Anexo VII).

Esta sessão foi realizada no dia 22 de Maio teve o objetivo da comemoração do Dia Municipal das pessoas idosas no âmbito da Festa da Flor (Festa anual que se realiza no Concelho do Entroncamento); Promoção da atividade física: Executando no momento os exercícios aprendidos aquando da sessão de educação para a saúde e Realizar uma sessão de Educação para a saúde para idosos.

No dia da sessão, que foi realizada no Centro Cultural do Entroncamento, estiveram presentes: assistente operacional do Lar dos Ferroviários; assistente operacional do Lar da Santa Casa da Misericórdia; representante do Centro de Convívio - assistente social; vereadora da Câmara da área da saúde; assistente social da Câmara do Entroncamento; assistente técnica da Câmara do Entroncamento; duas Enfermeiras da equipa da UCC (1 Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação); 68 idosos (nove da população alvo).

Os idosos apresentaram uma atitude participativa e animada perante a sessão, aplicando os exercícios aprendidos, e por fim, solicitaram a prática de mais atividades para este grupo etário. Por fim, foi feito o encerramento da sessão e os agradecimentos. Os documentos desta sessão estão no Anexo VI.

Durante todo o processo de execução do projeto houve a preocupação de proteger os direitos e liberdades dos participantes. Houve ainda o cuidado de respeitar e defender a liberdade e dignidade humana, salvaguardando a integridade moral e psicológica,

respeitando e esclarecendo dúvidas e estabelecendo uma relação de confiança (Reid et al., 2014).

De acordo com o Regulamento nº 122/2011 o enfermeiro desenvolve uma prática profissional e ética na sua intervenção, promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Qualquer procedimento levado a cabo junto de seres humanos acarreta sempre questões éticas. Estas colocam problemas decorrentes das exigências morais, pelo respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelo seu direito de viver livremente (Fortin, 2000). Neste sentido, foi essencial tomar todas as disposições por forma a proteger os direitos e liberdade dos intervenientes neste projeto: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2000).

O Dec. Lei nº 104/98 circunscreve que o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da profissão, assumindo o dever de manter confidencialidade sobre as informações, assim como o anonimato das pessoas sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados. Refere ainda que as intervenções de enfermagem são efetivadas com o cuidado da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

A relação de confiança com os informantes-chave já havia sido estabelecida no primeiro estágio, por sua vez a relação estabelecida com o grupo de participantes foi construída ao longo das sessões com o apoio da enfermeira ECSP e da enfermeira de reabilitação, que por serem elementos conhecidos dos participantes, contribuiu para a criação desse elo de confiança.

Para que o enfermeiro consiga atingir o objetivo deve estabelecer e manter uma relação de confiança e empática com os intervenientes, necessita de partilhar o seu saber técnico-científico enquanto profissional.

Durante as sessões foi utilizada a metodologia de exposição participativa, onde foi incentivada a participação dos idosos dando-lhes a possibilidade de partilhar experiências, comentar, discutir e tirar dúvidas acerca dos temas abordados.

O envolvimento ativo dos participantes permitiu aumentar o seu nível de motivação contribuindo de forma positiva para a sua aprendizagem.

Durante todas as sessões os idosos mostraram-se muito participativos, colocando dúvidas, partilhando experiências já vividas.

5.1. AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Por fim, a última fase do planeamento é a avaliação. O regulamento nº 128/2011 preconiza que o enfermeiro ECSP avalie programas e projetos de intervenção com vista a resolução dos problemas identificados. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011), a avaliação é a apreciação dos efeitos de uma atividade organizada ou programa. Avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo com o objetivo de corrigir ou melhorar (Imperatori e Giraldes, 1993). A avaliação da intervenção foi contínua ao longo da sua execução quanto à estrutura, ao processo e resultados. A estrutura refere-se aos elementos estáveis (recursos materiais, humanos e organizacionais), os processos aludem aos elementos integrantes das práticas, relacionados com tudo o que medeia a relação entre o enfermeiro e os participantes e por conseguinte os resultados correspondem às mudanças no estado de saúde dos indivíduos (Tavares, 1992).

Relativamente aos resultados apenas é possível avaliar o impacto a curto prazo no grupo de participantes, a avaliação a longo prazo requer uma avaliação posterior que ultrapassa o limite temporal do projeto. Contudo, a avaliação a longo prazo está prevista ser realizada pela enfermeira de reabilitação num momento posterior, de modo a determinar os ganhos em saúde do grupo alvo.

Considerando o previamente referido, a avaliação foi realizada ao longo de todo o processo de intervenção, através de uma avaliação prospetiva, visto que esta estava programada aquando da elaboração do projeto de estágio.

Quanto ao tipo de dados colhidos esta caracteriza-se por ser quantitativa, uma vez que foram aplicados dois questionários, um antes e outro no fim de cada sessão para avaliar a eficácia de cada sessão.

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Assim, após a segunda sessão obtiveram-se os seguintes resultados: houve um aumento de conhecimentos antes e após a sessão de 53,75% (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da segunda

1- O que entende por atividade física?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	5	50	10	100
2- Quais os benefícios da atividade física?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	10	33,3	25	83,3
3- De que forma se deve realizar uma caminhada saudável e segura?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	10	50	20	100
4- Qual a importância do aquecimento numa caminhada?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	2	20	9	90
5- Qual a importância do arrefecimento numa caminhada?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas.	2	20	8	80
Total	29	36,25	72	90
Aumento de Conhecimentos de 53,75%				

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Após a terceira sessão, os resultados obtidos da avaliação da mesma demonstraram que houve um aumento de conhecimentos antes e após a sessão de 53,17% (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da terceira sessão.

1- Identifique 3 (três) características do envelhecimento?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	10	35,7	25	89,2
2- Refira os benefícios da prática da atividade física a nível físico?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	10	35,7	21	75
3- Refira os benefícios da prática da atividade física a nível cognitivo?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	12	42,8	21	75
4- Quais as atividades físicas recomendadas para pessoas idosas?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	7	50	12	85,7
5- Quais as atividades que a comunidade lhe disponibiliza para a atividade física?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	10	47,6	19	90,4
6- Refira quais as orientações para ser mais ativo no quotidiano?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	5	35,7	13	92,8
Total	44	34,92	111	88,09
Aumento de Conhecimentos de 53,17%				

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Foi também realizado um levantamento dos conhecimentos dos idosos antes e pós evento, de forma a perceber se houve conhecimento adquirido após a sessão de educação para a saúde, e por fim um questionário final sobre a avaliação global da sessão (Anexo VII), obtendo os seguintes resultados: houve um aumento de conhecimentos antes e após a sessão de 59,26% (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação dos conhecimentos antes e após da quarta sessão

1- Consegue executar pelo menos 2 alongamentos?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	3	33,3	8	88,8
2- Consegue executar pelo menos 2 exercícios físicos individuais?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	1	11,1	7	77,7
3- Identifique as finalidades dos alongamentos?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	2	22,2	7	77,7
4-Identifique as finalidades dos exercícios individuais?				
	1º Questionário		2º Questionário	
	Nº	%	Nº	%
Nº Respostas Certas	1	3,7	17	62,9
Total	7	12,96	39	72,22
Aumento de Conhecimentos de 59,26%				

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Tabela 4 - Resultados obtidos para cada indicador definido

Indicador de atividade ou execução	Percentagem de sessões realizadas
Meta	Realização de 100% das sessões
Fórmula de Cálculo	Número de sessões realizadas/ número de sessões planeadas x 100
Data/ Avaliação	Após o término do estágio verificar se foram cumpridas todas as sessões planeadas
Resultados obtidos	$4/4 \times 100 = 100\%$

Indicador de atividade ou execução	Percentagem de adesão da população alvo às sessões realizadas
Meta	Que cerca de 40% dos idosos da população alvo adira às sessões de educação para a saúde
Fórmula de Cálculo	Número de pessoas presentes/ número de pessoas que era planeado estar presentes x 100
Data/ Avaliação	Após o término do estágio verificar se a população alvo aderiu às sessões de educação para a saúde.
Resultados obtidos	$9/16 \times 100 = 56,2\%$

Indicador de resultado ou de impacto	Percentagem de capacitação da população alvo para a prática de atividade física
Meta	Que cerca de 40% dos idosos da população alvo fique capacitado para a prática de atividade física
Fórmula de Cálculo	Número de que ficaram capacitadas/ número de pessoas presentes x 100
Data/ Avaliação	Após o término do estágio verificar se a população alvo ficou capacitada para a prática de atividade física
Resultados obtidos	$7/9 \times 100 = 77,7\%$

Indicador de resultado ou de impacto	Percentagem de conhecimento sobre os recursos da comunidade para a atividade física pela população alvo
Meta	Que cerca de 50% dos idosos da população alvo conheça os recursos da comunidade para a prática de atividade física
Fórmula de Cálculo	Número com conhecimento dos recursos/ número de pessoas presentes x 100
Data/ Avaliação	Após o término do estágio verificar se a população alvo conhece os recursos da comunidade para a prática de atividade física
Resultados obtidos	$6/7 = 85,7\%$

SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS

Indicador de resultado ou de impacto	Percentagem de idosos que praticaram os exercícios individuais aquando a terceira sessão.
Meta	Que cerca de 30% dos idosos da população alvo participe nos exercícios individuais apresentados na sessão
Fórmula de Cálculo	Número de pessoas que praticaram os exercícios/ número de pessoas presentes x 100
Data/ Avaliação	Após o término do estágio verificar se a população alvo praticou os exercícios apresentados
Resultados obtidos	8/9x100=88,8%

Na sessão aos parceiros, estiveram presentes todos os elementos que foram convocados, tendo sido uma adesão de 100%.

Perante os resultados obtidos (Tabela 7) pode-se concluir que, todas as metas foram atingidas com sucesso, nas sessões eram esperados a totalidade de idosos que foram contactados (16 idosos) para a sua comparência, estando presentes apenas: 1ª sessão – 5 idosos (31,25% da população alvo); 2ª sessão – 7 idosos (43,75% da população alvo); 3ª sessão – 9 idosos (56,25% da população alvo). Houve adesão inferior à esperada devido a dificuldade desta população idosa em sair de casa, houve também idosos que acabaram por mudar para uma residência fora do concelho enquanto decorreu o projeto de intervenção. Mas apesar disso, houve um crescente aumento de adesão às sessões desde a 2ª sessão até à 4ª sessão, sendo possível concluir que as sessões eram satisfatórias e apelativas para a adesão.

Foram também realizados dois folhetos e um cartaz que atinge os objetivos inicialmente propostos.

Foi relevante a utilização do referencial teórico do modelo de sistemas de Betty Neuman pois esta menciona uma componente da prevenção primária a promoção da saúde, sendo que as intervenções que foram desenvolvidas foram direcionadas à educação e ao apoio adequado de forma a proporcionar o bem-estar e a prevenção da invasão de possíveis *stressores*, com vista o aumento da capacidade de resistência do cliente.

6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Um dos objetivos deste estágio é integrar e coordenar programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS, assim durante todo o estágio, participei nos vários programas desenvolvidos da UCC, nomeadamente:

No programa Espaço Saúde, foi-me permitido realizar a difusão da informação em saúde, através do trabalho em parceria com as entidades da comunidade, nomeadamente a rádio local. Neste programa foi possível realizar Educação para a saúde, através da Rádio Voz Entroncamento. Esta intervenção teve como finalidade a divulgação de dados científicos dos conteúdos e harmonização da informação, de forma a promover a saúde da comunidade. Esta é divulgada semanalmente num período de 30 minutos para a UCC, tendo como público alvo toda a população do Entroncamento.

No Programa Nacional de Saúde Escolar foi possível intervir nas escolas do Entroncamento, nomeadamente no desenvolvimento de projetos de educação para a saúde. As atividades elaboradas foram essencialmente a turmas do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico, no âmbito da alimentação saudável/prevenção da obesidade, higiene pessoal e vacinação. As reações após os termos da sessão foram satisfatórias, os alunos mostraram-se bastante participativos e colocaram bastantes dúvidas. Estas sessões de educação foram realizadas oralmente com suporte de computador portátil e retroprojetor, os PowerPoint apresentados já eram previamente elaborados pela UCC.

Participei em reuniões do Núcleo de Apoio a Jovens e Crianças em Risco (NAJCR), onde os profissionais se reúnem 4 horas por semana, às terças-feiras, tendo como equipa de intervenção, enfermeiro e psicóloga, de forma a dar resposta e avaliação a crianças e jovens (até aos 18 anos) residentes no Concelho do Entroncamento, que se encontrem em estado de delinquência ou risco.

No início do ano civil avaliam-se todas as situações novamente e verifica-se quem se mantém no Núcleo, quem tem alta, e quais as intervenções a seguir, avaliando caso a caso.

Se este jovem/criança passar a estar em perigo é necessário fazer uma referenciação para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), ou até mesmo para tribunal, dependendo do caso. Cada caso é tratado com rigor ético, e todos são tratados segundo a lei da confidencialidade.

Deste modo é necessário realizar anualmente um relatório de situação, e entregue para a coordenadora dos núcleos da ARSLVT, Diretora Executiva do ACES Médio Tejo e Chefe de Enfermagem.

Estes jovens/crianças são maioritariamente referenciados para o núcleo por referência hospitalar- Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), onde elaboram uma ficha de sinalização externa pelo Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em risco (NHACJR do CHMT).

Neste momento a equipa tem um total de 23 crianças em risco (dados do ano 2018), e ainda se encontra em avaliação de cada caso.

Em concordância com o NACJR, a Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos (EPVA), é constituída pelos mesmos profissionais, e realizadas as reuniões também às terças-feiras, sendo disponibilizado cerca de 3horas semanais, para avaliação destes casos. As referências também são maioritariamente através da ficha de sinalização externa do Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT) – EPVA.

Através do Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foi possível integrar-me na equipa multidisciplinar, prestando cuidados domiciliários de enfermagem a pessoas que apresentem perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, bem como aos cuidadores informais dos mesmos, residentes no concelho do Entroncamento. Realizámos diversas visitas domiciliárias, de forma a verificar as condições habitacionais e materiais adaptados, as condições de saúde, os cuidados prestados, realização de educação para a saúde individualizada, apoio emocional, verificação do regime terapêutico, condições de higiene, a existência de feridas a doentes dependentes, realização de pensos programados, e por fim esclarecimento de dúvidas.

Ainda na ECCI foram realizadas visitas domiciliárias com vista, à obtenção de reabilitação, nomeadamente, fraturas trocantiéricas e *status* pós quedas, onde é necessário fazer exercícios de reabilitação com uma enfermeira especialista em reabilitação, como por exemplo subir e descer escada, sentar e levantar repetidamente.

No programa REVIVER, que integra a inserção de pessoas com doença mental e psiquiátrica, em classes de ginástica, hidroginástica e passeios pedestres. Foi possível fazer uma caminhada com esta população, com o objetivo da promoção da qualidade de vida nas pessoas adultas e idosas.

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

No programa das Amas enquadradas nas creches familiares, fui realizar as visitas domiciliárias a amas do concelho do Entroncamento que se encontram enquadradas em creches, mas que fornecem o seu domicílio e uma parte da casa para o acolhimento de crianças dos 4 meses aos 3 anos de idade. Recebendo no máximo até 4 crianças por ama. Estas amas, recebem todo o equipamento/material e alimentação da instituição (creche) a que pertencem. Tem também formação adequada e regular proporcionada pela instituição.

Neste programa é importante o enfermeiro avaliar a situação de bem-estar das crianças e da ama, sendo importante a observação e a promoção da educação para a saúde, de forma adequada e individualizada para cada criança e no ambiente que lhe assiste. Deve assim, verificar se as condições de desenvolvimento infantil são as mais adequadas, se as amas demonstraram estar recetivas, comunicativas e adquiriram competências com conhecimento científico para adequar os seus cuidados. Estas visitas são elaboradas apenas pela Enfermeira a cada domicílio, com um período de tempo, cerca de 45 minutos por ama.

Durante o estágio foi ainda possível estar presente em duas ações de formação promovidas pela UCC do Entroncamento, e realizadas no mesmo local, nomeadamente sobre a “Dialise Peritoneal” apresentado por uma Enfermeira Especialista em Reabilitação e “Dificuldades alimentares na criança” apresentado por uma Terapeuta da Fala.

Neste estágio não foi possível participar no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, devido à escassez de tempo, nem na Rede social, pessoas que não sabem ler e/ou com capacidade para gerir a toma da medicação e Pessoas com doença mental e psiquiátrica identificadas e/ou referenciadas pelos parceiros da comunidade e pelos profissionais das equipas funcionais do centro de saúde do Entroncamento, pois a UCC não tem desenvolvidos estes programas devido à falta de recursos profissionais, nomeadamente, a falta de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Por fim, foi possível dar conhecimento deste projeto e desenvolvimento do mesmo pelos seminários intercalar e final (Anexo VIII)

7. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, é definido “ o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas em regulamento próprio, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar e que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados (OE, 2018, p. 19354).

Segundo Miranda (2010), o desenvolvimento de formação em contexto clínico ocorre pela necessidade de assimilar competências e partilha de conhecimentos, traduzindo-se numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente quando transferidos para a arte do cuidar.

De forma a dar visibilidade às intervenções realizadas aquando do estágio, torna-se imprescindível estabelecer uma ligação às competências específicas do enfermeiro especialista adquiridas.

Deste modo, e dando ênfase ao Regulamento n.º 428/2018, a OE estabelece como primeira competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;” (OE, 2018, p. 19354), e que por consequente o supracitado regulamento, define que a aquisição desta competência tem por base a aquisição de cinco unidades de competência (OE, 2018). O projeto desenvolvido foi obtido após a obtenção de um diagnóstico de situação (elaborado no Estágio I) encontrado num projeto da UCC do Entroncamento a 16 idosos que vivem sós. Após a aquisição deste diagnóstico de situação é possível considerar-se a primeira etapa do planeamento em saúde, utilizando-o como instrumento promotor de saúde de uma comunidade enquanto enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Após a obtenção do diagnóstico é possível proceder à identificação de problemas e necessidades, sendo possível atingir a unidade de competência: “G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p. 19355).

Através da adaptação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman ao diagnóstico de situação foi possível identificar *stressores*, selecionar as prioridades e reformular as intervenções mais adequada considerando não só o diagnóstico de situação, mas também as características específicas da população alvo.

As prioridades e as intervenções centradas na comunidade foram definidas tendo em conta os critérios de Stanhope e Lancaster (2011), sendo conseguido como diagnóstico prioritário, a “Não adesão ao exercício físico em grau elevado” com uma percentagem de 81,3%, atingindo a unidade de competência:” G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (OE, 2018, p.19355).

Com o intuito de melhorar o estado de saúde de uma comunidade foram definidos os objetivos e as estratégias de intervenção, atingindo a unidade de competência: “G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização em saúde estabelecidas” (OE, 2018, p.19355). Assim, considerando o tempo e os recursos existentes foi concretizado um projeto de intervenção individual de saúde comunitária atingindo a unidade de competência: “G1.4 Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2018, p.19355).

Após a delineação deste projeto de intervenção foi possível desenvolver o conteúdo programado, e realizado, após a implementação das intervenções a sua avaliação, recorrendo aos indicadores de avaliação de processo e resultado e a questionários de avaliação em cada sessão, sendo possível adquirir a unidade de competência: “G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados” (OE, 2018, p.19355).

Assim, considerando os resultados obtidos é possível verificar que as intervenções desenvolvidas, que me permitiram mobilizar os parceiros, liderar um processo comunitário, mobilizar conhecimentos essencialmente na área das ciências da comunicação, enfermagem e educação nesse processo de capacitação, foram promotoras à capacitação de um grupo, adquirindo a segunda competência definida pela OE: “2-Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p.19356). Atingindo como previsto também as três unidades de competência por ela constituídas: “G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades de consecução de projeto de saúde e ao exercício da cidadania; G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação

e ciências humanas e sociais; G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (OE, 2018, p.19356).

Tendo em consideração a terceira competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, o projeto de intervenção desenvolvido está integrado no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física; Programa de Promoção da Saúde do Idoso, tendo também como eixo orientador a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, adquirindo a terceira competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária: “3-Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356). e por consequente as suas unidades de competência: “G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018, p.19356).

Por último, como quarta competência a atingir, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: “4-Realiza e coopera na epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2018, p.19357). e como unidade de competência: “G4.1.Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (OE, 2018, p.19357), foi possível adquiri-la pois, o grupo alvo integra-se no programa da UCC, pertencendo a uma área geográfica, nomeadamente ao concelho do Entroncamento, distrito de Santarém, e a recolha de dados ocorreu com objetivo epidemiológico.

8. CONCLUSÕES

As conclusões deste relatório emergem naturalmente do percurso desenvolvido até ao momento, desde o projeto de intervenção individual, até á concretização de todas as etapas, por mim propostas.

Após o término do Estágio II e Relatório é possível concluir que o estágio permitiu a capacitação de um grupo populacional de uma determinada comunidade, com a pretensão de assegurar a continuidade dos da prática de atividade física em pessoas idosas, de forma a que pratiquem sozinhos ou em grupo, ultrapassando questões físicas ou sociais.

Cabe ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária promover o Empowerment comunitário de forma a incentivar as capacidades e potencialidades da população alvo, trazendo por sua vez benefícios, reduzindo custos em saúde.

O enfermeiro que trabalha na comunidade é uma peça-chave entre o conhecimento baseado na evidência científica e a transmissão desse conhecimento para a vida quotidiana da população.

Assim o “ser ativo todos os dias - um processo de capacitação dos idosos” permitiu capacitar a comunidade, ultrapassando os problemas provenientes de cada individuo como processo dificultador à aprendizagem, e adequando as intervenções à população e a cada individuo de forma a promover ganhos em saúde. Indo ao Encontro das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária que passa pela capacidade de integrar a comunidade na resolução dos seus problemas.

É de salientar que o Planeamento em Saúde, com coerência e rigor, permitiu desenvolver a intervenção comunitária por mim proposta. Assim como a avaliação dos resultados permitiu criticar de forma reflexiva o que foi executado. Permitindo chegar à conclusão que os indicadores de processo e resultado foram atingidos com sucesso ao longo da intervenção comunitária. E que os exercícios individuais finais permitiram uma consolidação final de conhecimento e por sua vez capacitação da população.

A população alvo, que obteve a minha intervenção, após as sessões, foi inserida em diversas atividades na comunidade e incluída em grupos sociais já previamente existentes, deixando assim de serem pessoas que estão sozinhas, mas passando a ser pessoas que se encontram acompanhadas e integradas em vários grupos do concelho. Aumentando não só a

prática de atividade física, mas diminuindo também o Isolamento social, em que este grupo se encontrava.

Após feedback final, posso concluir também que os idosos sentem necessidade de mais intervenções e atividades, como a apresentada até aqui. Após verbalização desta necessidade, foi possível a concretização de mais aulas de educação física semanais, organizadas por um professor de Educação física no Centro de Convívio da Terceira Idade, transmitindo-se assim num contínuo deste projeto, e uma mais valia para esta população, que por sua vez se traduz em benefícios em saúde. Realço ainda a importância da continuidade desta intervenção comunitária nos grupos da comunidade.

Ao longo deste percurso posso considerar esta experiência como enriquecedora e gratificante, tanto a nível pessoal como profissional, pois promoveu uma intervenção útil para a comunidade, que pode ser replicada e continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem-que sentido (s)? In M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho & M. J Sampaio (Eds). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação – balanço de um projeto*, (66-77). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Amendoeira, J. P. (2006). Enfermagem. Disciplina do conhecimento, *Sinais Vitais*, 67, 17 - 29.

Araújo, D. & Araújo, C. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev. Brasileira Medicina Do Esporte*, 6(5), 194–203.

Beddome, G. (1995). Community as client assesment in Neuman. *The Neuman Systems Model* (567-579) Ohio: Appelton e Lange.

Branco, A. (2001). Cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp. 5–12. Recuperado em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%20-%20RPSP%20-20v19%20tematico%20a02%20-%20p.5-12.pdf>

Carvalho, S. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), 669-678.

Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring healthy days*. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Health Care.

Cerqueira, M.M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice. Um estudo na população portuguesa*. Tese de doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Craig, J. & Smyth, R. (2004) - *Prática baseada na evidência, manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.

Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Book.

Decreto-Lei n.º 5/2007. Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto. Diário da República n.º 1.a série — N.º 11 — 16 de janeiro de 2007. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República – n.º 38, Série I. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 135/2018. Diário da República – n.º 135, Série II. Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 10143/2009. Diário da República – n.º 74, Série II. Ministério da Saúde. Lisboa

Direção Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Recuperado em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: DGS.

European Commission (2015). *The 2015 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* (Vol. 3217). Brussels: Publications Office of the European Union.

Figueiredo, M. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Recuperado em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Car%20mo%20Pereira.pdf

Freeman, J. T. (1979). *Aging: Its history and literature*. New York: Human Sciences Press.

Giatti L. (2003) Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública*;19, 759-71.

González, J., & Wagenaar, R. (2003) *Tuning Educational Structures in Europe* [online].
Projet Tuning 2000. Recuperado em: http://www.uc.pt/ge3s/event_04/event_04/tuningexecutivesummary-3.pdf.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição, Lisboa: ENSP.

Instituto Nacional de Estatística. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Martinez, H.L.H. (2007). *Abordagem Comunicativa do Planeamento Estratégico situacional no nível local: Saúde e equidade na Venezuela*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Meleis, A. (2011). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.

Miguel, M. M. (2018). *Avaliação de um projeto de intervenção comunitária com base no quadro orientador do envelhecimento ativo*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Miranda, A. (2010). *Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar*. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

Muenz, R. (2007) *Aging and Demographic Change in European Societies: Main Trends and Alternative Policy Options*.

Nascher, I. L. (1941) *Geriatric: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations*. Philadelphia: P. Blakiston's son & Co.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stanford: Appletom e Lange.

Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*, Chiado Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Dados Estatísticos – 2000 a 2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, recuperado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>, em 27 de Fevereiro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® – Versão 2 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: OE.

Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata – Conferência internacional sobre cuidados primários*. USSR: OMS. Recuperado em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf,

Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde*. Recuperado em: http://prattein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_ativo.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2018) *Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável*. Plano de ação global para a atividade física 2018-2030 – versão síntese.

Paterson, D. Jones, G. e Rice, C. (2007) *Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults*. Applied Physiological Nutricional Metabolism, 98 Suppl 2. doi:10.1139/H07-111

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária

e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República nº 135, II Série, 16 de Julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.

Regulamento nº 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº 35, 2ª Série, 18 de Fevereiro de 2011.

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. in Ribeiro, O. (coord.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Ed. Lidel.

Riita-Liisa, H. (1998). *Role of Physical Activity in Healthy Ageing*.

Rikli R., & Jones, C. (2001) *Senior Fitness Test Manual*. (2nd ed.). H. Kinetics, Ed.

Rikli, R. & Jones, C. (1999) Functional Fitness normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 162–181.

Rikli, R. & Jones, C. (2008) *Teste de aptidão física para idosos*. ManoleRikli,

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população*. 7ª Edição, Lisboa. Lusociência.

Tavares, A. (1990), *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121-139.

WHO (2002). *Active ageing – A policy framework*. Geneva: World Health Organisation.

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

World Health Organization (1999). *Men Ageing And Health-Achieving health across the life span*. Geneva.

ANEXOS

ANEXO I - PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS
IDOSOS**

Autora:

Cátia Vanessa da Silva Gonçalves N°170400153

Santarém, março de 2019

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II**

Projeto de intervenção

**SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS
IDOSOS**

Autora:

Cátia Vanessa da Silva Gonçalves N°170400153

Orientadora:

Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

Santarém, março de 2019

*“Atividade física não é apenas uma das mais importantes chaves
para um corpo saudável - ela é a base da atividade intelectual
criativa e dinâmica.”*

(John Fitzgerald Kennedy, 1960)

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Art.º - Artigo

AVD – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção Geral da Saúde

DpT – Desporto para Todos

DR -Diário da República

Enf^ª- Enfermeira

ESSS – Escola superior de saúde de santarém

et al. – entre outros

f. – folha

INE – Instituto Nacional de Estatística

Nº /nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNPAF - Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNS - Plano Nacional de Saúde

QAFMI - Questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos

RSL -- Revisão Sistemática da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	69
1- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO.....	71
2- QUADRO CONCEPTUAL.....	77
2.1-ATIVIDADE FÍSICA.....	77
2.2 – ENVELHECIMENTO ATIVO	79
2.3 - INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE.....	81
2.4- MODELO DE BETTY NEUMAN	83
3- DENOMINAÇÃO DO PROJETO	85
3.1 – Justificação do Projeto	85
3.2- Objetivos do Projeto	85
3.3- Seleção de Estratégias.....	86
4- PLANO OPERACIONAL DE ATIVIDADES A DESENVOLVER	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	Erro! Marcador não definido.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

f.

Gráfico 1 – População Etária da População Residente do Entroncamento em 2016.....14

Gráfico 2 – Distribuição da percentagem relativa ao critério Vulnerabilidade.....19

ÍNDICE DE QUADROS

f.

Quadro 1- PNPAF 1, Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário e total de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal, 2014.....13

INTRODUÇÃO

Este projeto tem como base o diagnóstico de enfermagem comunitária de situação elaborado *á priori*, Projeto de Estágio I relativo á “Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós”, dos idosos inseridos no projeto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entroncamento, “Pessoas/ famílias com critérios de risco, vulnerabilidade e/ ou dependência que vivem sós”.

O presente trabalho continuará a reger-se pelo modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman (já adotado na primeira instância). Este estágio II e relatório, têm como referência as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (publicadas em Diário da República, 2ª Série, nº 135, pelo Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), com o intuito de adquirir competências nos cuidados especializados de Enfermagem em enfermagem comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco.

Assim os objetivos específicos deste estágio II são:

- ⇒ Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- ⇒ Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- ⇒ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Relativamente ao relatório, os objetivos específicos são:

- ⇒ Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- ⇒ Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- ⇒ Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- ⇒ Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- ⇒ Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

Assim, após a delimitação dos diagnósticos de enfermagem comunitária encontrados no estudo da população alvo, a minha intervenção irá recair sobre o diagnóstico de enfermagem comunitária: “Não adesão ao exercício físico em grau elevado”, considerando que 81,3% da população alvo não adere regularmente á prática de atividades físicas, como por exemplo dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo.

A intervenção do enfermeiro propõe ajuda às pessoas na gestão das transições de vida, compreendendo de que forma os indivíduos estão a vivenciar o processo e quais os recursos comunitários e sociais que estes possuem. Meleis (2011)

O enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária proporciona conhecimento e *empowerment* para desenvolver respostas saudáveis às transições e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades da comunidade, através da mobilização de ações da promoção da saúde. (Regulamento nº 128/2011, in DR nº35, 2ª serie, de 18 de Fevereiro).

Assim, através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é possível capacitar este grupo de idosos para que pratiquem regularmente atividade física contribuindo assim na prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis, na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental, e por consequentemente na melhoria da qualidade de vida e bem-estar desta população alvo.

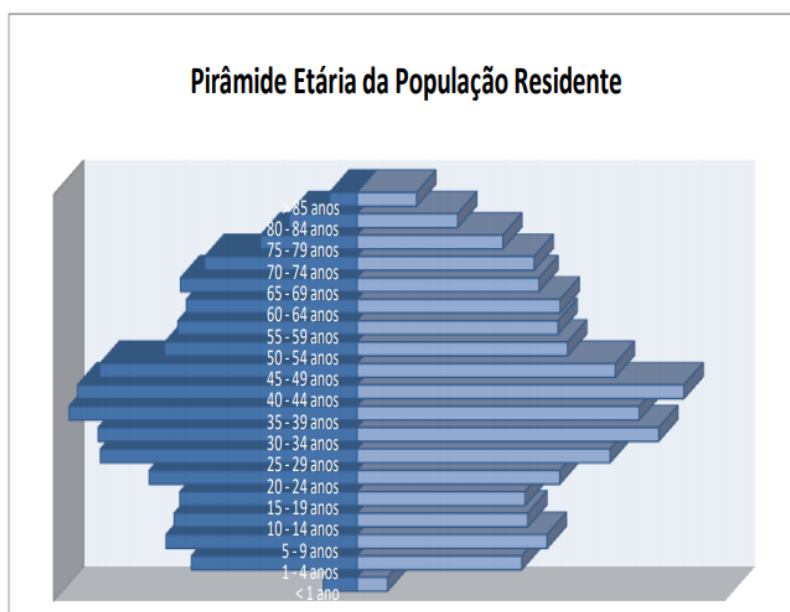
Ao nível estrutural, este, subdividir-se-á em três temas: o quadro conceptual, que integrará a fundamentação teórica de suporte á temática, seguindo-se a denominação do projeto, que incluirá a justificação do tema, assim como os objetivos e estratégias da intervenção a adequar, por fim o plano operacional das atividades a desenvolver, tendo em conta os *timings* pressupostos.

A intervenção irá dar continuidade às fases de planeamento em saúde.

1- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO

A “UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (ARSLVT, 2016, p.1184).

População abrangida pela UCC do Entroncamento, consoante pirâmide etária (Gráfico 1): **Gráfico 1** – População Etária da População Residente do Entroncamento em 2016.



Fonte: INE 2016

Na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entroncamento a equipa multidisciplinar é constituída por:

- 6 Enfermeiros: 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária (incluindo a Enfermeira Coordenadora); 2 Especialistas em Reabilitação; 1 Pós-graduação em Saúde Familiar e 1 Pós-graduação em Cuidados Paliativos.

- 1 Psicóloga (apoio na ECCI e núcleo de apoio de crianças e jovens);

- 1 Assistente técnica;

- 1 Técnica de serviço social (apoio nos casos sociais – apenas 1 dia por semana).

A área de intervenção da UCC é todo o concelho do Entroncamento com o horário de funcionamentos das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados.

O plano de ação da UCC do Entroncamento está centrado na intervenção nos grupos e comunidades, desenvolvendo várias atividades em diferentes programas, assim, o plano de ação (2018) aplicado na UCC, integra os seguintes programas:

Programa Nacional de Saúde Escolar: Intervenção em todas as escolas no desenvolvimento de projetos de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável/prevenção da obesidade, da educação sexual e dependências.

Objetivos:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos em saúde;
- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças evitáveis por estilos de vida saudáveis.

População alvo: Agrupamento Alpha (1º/2º/3º Ciclo do Ensino Básico); Escola Secundária (3º Ciclo do Ensino Básico e Secundária). Abrangendo uma população total de 1844 alunos.

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva:

Vantagens da Preparação para a parentalidade:

Proporcionar à grávida/casal um conjunto de conhecimentos considerados importantes sobre a gravidez, parto e puerpério, de modo que, possa vivenciar tranquilamente essa fase tão única e especial na vida de um casal;

Ultrapassar a ansiedade e o medo para que a dor física não seja potenciada;

Permitir acompanhamento, troca de experiências e partilha de sentimentos com outras mulheres na mesma situação;

Diminuição do sofrimento materno fetal durante o trabalho de parto e facilitação do respetivo parto;

Diminuição da depressão pós-parto.

Objetivo: Conseguir que pelo menos 50% das grávidas/ casais do concelho do Entroncamento frequentem o curso de preparação para a parentalidade.

População alvo: Grávidas/casais residentes no Concelho do Entroncamento, que sejam inscritos da UCSP, e os não inscritos no Centro de Saúde.

Recuperação pós parto

Objetivos gerais:

- Tonificar os grupos musculares mais afetados durante a gravidez e parto (abdominais, perineais, e da região mamaria)
- Melhorar a condição física
- Promover o equilíbrio da postura corporal

- Promover o convívio/partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas do puerpério e RN
- Melhorar a auto-imagem e a estabilidade emocional da mãe
- Identificar precocemente sintomas de depressão pós-parto

População alvo: Puérperas/família residentes no Concelho do Entroncamento, que sejam inscritos da UCSP, e ainda os casais não inscritos no Centro de Saúde.

Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco: A intervenção prevista no âmbito deste projeto parte de uma definição de situação de risco como perigo potencial para efetivação dos direitos da criança no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Objetivos gerais:

- Identificar precocemente as crianças e jovens com presença de risco psicossocial;
- Sensibilizar as equipas de saúde para a deteção precoce de fatores de risco e de sinais de alarme na sinalização de situações de crianças e jovens em risco inscritas nas unidades funcionais USF e UCSP;
- Intervir na primeira linha na promoção e proteção das crianças e jovens em risco;
- Identificar os contextos específicos de risco e para proceder precocemente à deteção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos;
- Garantir que 100% das situações referenciadas ao NACJR são avaliadas e encaminhadas para intervenção específica.

População alvo: Crianças e jovens (<18 anos) em situação de negligencia ou risco.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens Em Risco (CPCJ): São instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação, ou desenvolvimento integral.

Objetivos Gerais:

- Integrar a CPCJ na modalidade restrita:
 - Promover o bem-estar, segurança, proteção e desenvolvimento global das crianças e jovens do concelho;
 - Colaborar na avaliação diagnóstica e acompanhamento de situações de crianças e jovens em perigo que deem origem a processos na CPCJ;

- Encaminhar as situações referenciadas pela CPCJ com necessidade de intervenção na área da saúde para os vários técnicos de saúde de acordo com a situação identificada;
- Integrar a CPCJ na modalidade alargada.

População alvo: Abrange todos os menores até 18 anos de idade, residentes no Concelho do Entroncamento que se encontrem em estado de delinquência, e menores vítimas de maus tratos, abandono, desamparo, ou que se encontrem em situação de poderem perigar a sua saúde, segurança e educação ou moralidade e jovens até aos 21 anos que deem o seu consentimento.

Rede social: Fórum de articulação e congregação de esforços baseada na livre adesão por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar, embora a sua participação deva ser suscitada, de forma a concertar esforços com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. A rede servirá para otimizar as diferentes capacidades de resposta e adotar medidas de política social, sem criar novos serviços nem aumentar significativamente as despesas ou a intervenção do Estado, uma vez que a solidariedade constitui um dever de todos os cidadãos.

Objetivos:

Participar nas ações constantes no Plano de Ação da Rede Social:

- Consolidação da Rede Social;
- Melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, nomeadamente crianças, jovens, adultos, idosos, famílias, grupos sociais no Concelho do Entroncamento;
- Elaborar instrumentos de diagnóstico da comunidade para um compreensão global e planeamento a curto, médio, longo prazo das ações que irão beneficiar a população como um todo;
- Intervir nas situações de grande pobreza e exclusão social referenciadas pelos cidadãos.

População-alvo: A Rede Social abrange toda a população residente no concelho do Entroncamento

REVIVER: tem grande impacto na inserção de pessoas com doença mental e psiquiátrica, iniciando-se em Maio de 2010, a sua inserção nas classes de ginástica, hidroginástica e passeios pedestres.

Objetivos:

Promoção da Qualidade de vida nas pessoas adultas e idosas:

- Diminuir o isolamento social;
- Promover atividades que contribuam para um bom equilíbrio psicomotor;
- Fomentar atividades de ocupação dos tempos livres;
- Criar hábitos de exercício físico;
- Prevenir doenças, nomeadamente as cardiovasculares;
- Promover convívio saudável interpares e intergeracionais;
- Sensibilizar a comunidade para a prática de exercício físico;
- Promoção da participação da população do sexo masculino.

População alvo: Abrange todos os adultos a partir dos 45 anos e idosos sem limite de idade desde que tenha alguma capacidade funcional, residentes no Concelho do Entroncamento. Teve início com uma classe com 34 pessoas e atualmente estão em programa 225 pessoas.

Espaço saúde: Difusão da informação em saúde, através do trabalho em parceria com todas as entidades da comunidade. A articulação com o conselho Clínico do ACES Serra D’Aire é fundamental para validação dos conteúdos e harmonização da informação em saúde dos profissionais.

Objetivo: Promover a saúde da comunidade.

População alvo: Toda a comunidade, alvo dos meios de comunicação social.

Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):

A ECCI é uma equipa multidisciplinar, que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, ou outros.

Objetivos:

- Pessoas que tenham perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, bem como aos cuidadores formais e informais dos mesmos, residentes no concelho do Entroncamento;

População alvo: 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.

Gestão do regime terapêutico – Projetos de intervenção a pessoas em risco vulnerabilidade e dependência de dependentes que vivem sós: A necessidade de ajudar as Pessoas e as suas famílias a gerirem a terapêutica tem vindo a ganhar uma expressão preocupante

- Pessoas em situação de risco, vulnerabilidade e /ou dependência que abandonam, recusam ou descontinuem de forma reiterada a toma da terapêutica;

- Polimedicados (duplicação de medicamentos com o mesmo princípio ativo, automedicação sistemática sem aconselhamento médico);
- Pessoas com tuberculose que não aderem ou não sabem gerir o regime terapêutico; Pessoas pertencente a uma família de risco (social e económico);
- Condições da habitação precária e com falta de higiene;
- Pessoa com doença mental e sem familiares com capacidade para gerir a toma da medicação;
- Pessoas que não sabem ler e/ou com capacidade para gerir a toma da medicação; Pessoas com doença mental e psiquiátrica identificadas e/ou referenciadas pelos parceiros da comunidade e pelos profissionais das equipas funcionais do centro de saúde do Entroncamento;
- Familiares e pessoas que constituem a rede de suporte no cuidado á pessoas com doença mental e psiquiátrica.

Objetivos:

- Promover a adesão ao regime terapêutico;
- Prevenir precocemente agudizações ou agravamento do estado de saúde e aparecimento de sequelas devido à interrupção ou sobredosagem da terapêutica;
- Validar, administrar e/ou supervisionar o tratamento farmacológico;
- Intervir no tratamento não farmacológico:
 - Tratamento Psicossocial de longa duração- controle dos estímulos externos;
 - Intervenções psico-educativas de longa duração – Controle dos estímulos externos;
- Gerir o programa do Centro de saúde através da articulação com a Equipa de Tratamento de Abrantes e Santarém e todas as unidades funcionais (toma das doses e resultados das análises, alterações terapêuticas, articulação terapêutica de referência, gestão da calendarização das análises e tomas, suporte dos familiares):
 - Supervisionar a toma dos narcóticos de substituição ao individuo;
- Promover a relação de confiança do individuo e família;
- Assegurar a confidencialidade e privacidade;
- Articular com outros parceiros da comunidade para encaminhamento.

População-alvo:

- Pessoas adultas ou idosas com doença crónica (diabetes, hipertensão, DPOC, SIDA, AVC, Alzheimer outras doenças demenciais) e ou com doença mental e psiquiátrica com alta hospitalar com referência de enfermagem que não integrem na USF;

- Pessoas que efetuam a toma de narcóticos de substituição d programas na Equipa de Tratamento de Abrantes (ETA) do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

2- QUADRO CONCEPTUAL

Para a elaboração deste projeto é necessário ter em conta alguns conceitos fulcrais, como: Atividade física; Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos; Intervenção na Comunidade.

2.1-ATIVIDADE FÍSICA

Em 1978 a Declaração de Alma-Ata nomeou as necessidades de atenção primária à saúde, de forma a alcançar a meta de “Saúde para Todos” no ano 2000. Das atividades preconizadas, destaca-se a educação da população sobre problemas prevalentes, assim como métodos de prevenção e controlo. A Declaração mantém-se atualizada quanto à necessidade e à prevenção e promoção da saúde da população, com um progressivo reconhecimento científico da importância da atividade física como estratégia para este fim, incluindo as mudanças de comportamentos fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

De acordo com o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), refere que a prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo: doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon), tendo um forte contributo também na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental, e por consequentemente na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Ainda segundo OMS (2018), a não adesão à atividade física, levará ao aumento dos custos, com um impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e também na qualidade de vida.

Este novo plano de ação global de promoção da atividade física traz assim novas respostas aos países, com orientações mais atualizadas, e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis com o intuito de aumentar a atividade física da população mundial a todos os níveis.

Segundo as Orientações da União Europeia para a Atividade Física (2009, p:7) - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar, a atividade física é definida como “qualquer movimento associado à contração muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso”, assim, esta definição integra todos os pressupostos da atividade física, ou seja: em momentos de lazer, ocupacional, em casa, e ligada ao transporte.

Ainda segundo as Orientações da União Europeia (UE), a prática de atividade físico demonstra grandes benefícios ao nível:

- ⇒ Bom funcionamento cardiopulmonar;
- ⇒ Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
- ⇒ Maior consumo de gorduras;
- ⇒ Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro;
- ⇒ Maior mineralização dos ossos em idades jovens;
- ⇒ Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;
- ⇒ Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando uma melhoria da capacidade funcional para as atividades do dia-a-dia;
- ⇒ Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
- ⇒ Manutenção das funções cognitivas, (diminuindo o risco de depressão e demência);
- ⇒ Diminuição dos níveis de *stress* e melhoria da qualidade do sono;
- ⇒ Melhoria da autoimagem e da autoestima;
- ⇒ Menor risco de queda e prevenção (em adultos de idade mais avançada).

Segundo a Lei n.º 5/2007, de 16 de janeiro – Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto – e, nomeadamente o Art.º 2.º, os “Princípios da universalidade e da igualdade”, “[t]odos têm direito à atividade física e desportiva, independentemente da sua ascendência, sexo, raça, etnia, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” e que “atividade física e o desporto devem contribuir para a promoção de uma situação equilibrada e não discriminatória entre homens e mulheres”. Já o Art.º 6.º, sob a epígrafe “Promoção da atividade física”, refere que “[i]ncumbe ao Estado, às Regiões Autónomas e às autarquias locais, a promoção e a generalização da atividade física, enquanto instrumento essencial para a melhoria da condição física, da qualidade de vida e da saúde dos cidadãos”.

Ainda a nível nacional, podemos considerar também o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), com a perspectiva de implementar entre 2016 e 2019, seguindo as orientações do Plano Nacional de Saúde (PNS), extensão 2016-2020 de forma a

dar resposta à Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar. Este programa tem assim como missão diminuir os níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida da população nacional, através da literacia física, autonomia e prontidão, num ambiente físico e sociocultural promotor de mais atividade física e menos tempo sedentário.

2.2 – ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo Muenz (2007), a maioria dos países desenvolvidos apresenta atualmente o fenómeno de duplo envelhecimento demográfico que se deve essencialmente a dois fatores, a diminuição da fertilidade e o aumento da esperança média de vida, acondicionando assim uma mudança progressiva da sociedade, passando de uma sociedade de indivíduos mais novos para uma maioria de pessoas idosas.

Este facto acontece na generalidade dos países da Europa apresentando um aumento significativo da esperança média de vida, esperando atingir em 2060, a idade média para os homens um valor de 84,8 anos e para as mulheres um valor de 89,1 anos, dados da European Commission (2015).

Em Portugal as características demográficas da população divulgam que o envelhecimento da população agravou significativamente na última década, passando a percentagem de população idosa (≥ 65 anos) em 2001, de 16%, para a 19% em 2011 (INE, 2012).

Segundo Araújo e Araújo (2000), Este aumento significativo da população idosa, está diretamente, associado a uma maior prevalência dos níveis de sedentarismo e que a longo ou médio prazo, podem levar ao desenvolvimento de fatores de risco para o aparecimento de doenças. Influenciando por consequente a sua qualidade de vida.

De acordo com Giatti L (2003), a rápida mudança na estrutura etária do País permite novas situações de doença e coloca novos desafios. Entre eles, o de garantir boas condições de saúde dos idosos e o de preservar a autonomia física e mental destes, de forma a manterem boas perspetivas de vida e por sua vez que estes indivíduos possam assumir papéis relevantes na sociedade.

Segundo a European Commission (2015), as alterações demográficas permitem sérias preocupações ao nível socioeconómico para a sociedade atual. Assim, “os gastos com os cuidados de saúde dependem não só do volume populacional mas também do nível de saúde,

que está intimamente ligado à estrutura e proporção da população. Neste contexto, a taxa de pessoas idosas em relação à população total ocupa um lugar importante”, European Commission (2015).

De acordo com WHO (1999B), o conceito de “Envelhecimento normal”, é caracterizado pelas alterações biológicas e universais que decorrem com o aumento da idade, onde não são afetadas pela doença e/ou efeitos ambientais. Segundo Molton e Jensen (2010), este conceito biológico de envelhecimento é visto como um processo normal, cumulativo e inevitavelmente associado a perdas e declínio funcional. O nível da capacidade funcional e de saúde depende não só de fatores genéticos mas também da forma como se viveu até essa idade (Riita-Liisa, 1998).

Segundo dados do PNPAF (2014), podemos considerar que em Portugal em 2014, a população idosa (maior ou igual a 65 anos de idade), adquire percentagens de inatividade por semana na ordem dos 70% a 95%, independentemente do género.

Pode considerar-se, que para idosos inativos, o levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode acarretar que o idoso passe de um indivíduo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD), aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas (Rikli e Jones, 1999; Rikli e Jones, 2001; Rikli e Jones, 2008).

Segundo Paterson, Jones, e Rice, (2007) se a realização das AVD está comprometida momentaneamente, esse fator poderá condicionar a que algumas dessas atividades deixem de ser concretizadas, começando um ciclo vicioso de diminuição da capacidade funcional.

De acordo com Rikli e Jones (2001), a qualidade de vida dos idosos, depende essencialmente da capacidade de um indivíduo em poder realizar as suas AVD sem dor e limitação funcional durante a maioria dos anos possível. Assim o declínio funcional, particularmente o associado à inatividade física, pode ser colmatado através de uma avaliação adaptada e mudanças de comportamentos. Ainda segundo Rikli e Jones (2008) a prevenção ou redução da perda da capacidade física em idade avançada depende essencialmente da forma de detetar e tratar precocemente os sinais de declínio funcional. Assim a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos movimentos e da diminuição da capacidade para a realização das AVD ou mesmo impossibilidade de desempenhá-las. De acordo com Mor V. e Murphy J. (1989) a capacidade funcional é

influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, estando relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos.

2.3 - INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública apresenta como alvo, a intervenção na Comunidade, dirigindo-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social de todos os contextos de vida. (OE, 2011) Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deverá:

- ⇒ Apresentar um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde (de grupos ou comunidade), através da conceção do diagnóstico de saúde;
- ⇒ Identificar as necessidades de saúde de grupos ou comunidade;
- ⇒ Realizar, planear e implementar projetos de intervenção;
- ⇒ Intervir nos grupos e comunidades adequando às suas necessidades específicas, e assegurando o acesso aos cuidados de saúde;
- ⇒ Coordenar e dinamizar programas de intervenção;
- ⇒ Participar em parceria com outras instituições da comunidade;
- ⇒ Mobilizar parceiros / grupos da comunidade para identificar e resolver problemas de saúde;
- ⇒ Cooperar na coordenação, operacionalização e intervenção dos problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade;
- ⇒ Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- ⇒ Utilizar a evidência científica para solucionar problemas de saúde pública.

Ainda, de acordo com o Regulamento nº 128/2011, in DR nº35, 2ª serie, de 18 de Fevereiro, do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, têm por base os seguintes critérios:

- ⇒ Intervir, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde de uma comunidade;
- ⇒ Colaborar de forma à capacitação de grupos e comunidades;

- ⇒ Integrar e coordenar programas de saúde de modo a atingir os objetivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde;
- ⇒ Executar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

Assim, estes cuidados têm como objetivo dar resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde dos grupos, comunidade e população, através da concretização de programas de intervenção com o objetivo da capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde ao exercício da cidadania (Regulamento nº 128/2011, in DR nº35, 2ª série, de 18 de Fevereiro).

De forma a atingir a obtenção de ganhos em saúde, o enfermeiro deverá adquirir competências profundas das políticas de saúde e das políticas sociais, ou seja, das políticas do governo (González, & Wagenaar, 2003 citados por Figueiredo, 2017). Incluindo as medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas que permitem condições ambientais, socioeconómicas e culturais benéficas para a saúde individual e coletiva e na tomada de decisão em saúde (Figueiredo, 2017).

Segundo Amendoeira (2000; 2006) o enfermeiro possui conhecimentos específicos, que lhe possibilitam elaborar o diagnóstico e o planeamento de cuidados, que posteriormente será ele próprio que executa e controla, valorizando o processo de cuidados como sistema de interação onde a pessoa é o centro de interesse.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 da Direção Geral de Saúde (DGS, 2012a, p.26) apresenta como objetivo a promoção, participação e *empowerment* dos utentes, realçando os decisores políticos, reforçando as mudanças obtidas através do *empowerment*.

O *empowerment* permite dar conhecimento sobre a saúde e bem-estar da pessoa, assim, este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, aumentando o autodomínio da sua própria saúde, melhorando-a, consistindo num processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre as pessoas e os profissionais de saúde (Bernardino *et al*, 2013 citado por Figueiredo, 2017).

Segundo Carvalho (2004), o *empowerment* permite capacitar/possibilitar/ tornar viável (*enable*), os indivíduos. Sendo que este conceito promove a participação dos cidadãos no seu próprio estado de saúde.

Assim, após os diagnósticos de enfermagem comunitária é imprescindível colmatar esta necessidade e proceder à melhoria da situação e/ou modificação do problema encontrado, através da intervenção da comunidade.

2.4- MODELO DE BETTY NEUMAN

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é dirigida á comunidade, participando numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

Como suporte na intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária utilizarei o Modelo Teórico de Betty Neuman pois facilita uma visão multidimensional dirigida à unidade total, que poderá ser usada para um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995). O modelo preconizado por Neuman tem um foco holístico no Modelo de Sistemas, sendo, a enfermagem considerada um sistema pois a sua prática contém variáveis em interação. Assim, a estrutura da Teoria consiste num modelo de sistemas abertos composto principalmente por *stressores*, reação aos *stressores* e indivíduo, em interação com o ambiente (Neuman, 1995).

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, sendo este o alvo de estudo da população, criando um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e a pessoa. Compreende-se, portanto, que este é considerado um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey e Alligood, 2004).

Segundo Tomey e Alligood, “os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem com, e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (Tomey e Alligood, 2004, p. 340), assim o ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema da população alvo em estudo.

As linhas são definidas por Neuman como: a Linha Flexível de Defesa; a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência (Neuman, 1995). A Linha Flexível de Defesa (mais externa), previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de *stress* funcionando, como uma barreira, mantendo o sistema cliente protegido das primeiras reações a *stressores*; a Linha Normal de Defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, que consiste na interação das variáveis do cliente aos fatores de *stress*. Por último, as Linhas de Resistência (linhas mais internas), são ativadas involuntariamente, quando um fator de *stress* invade a Linha Normal de Defesa, procurando estabilizar o sistema. Os fenómenos de *stress* podem transpor a linha flexível e/ou normal de defesa e produzir sobrecarga no sistema, podendo, deste modo, conduzir a resultados positivos ou negativos (Figura 1).

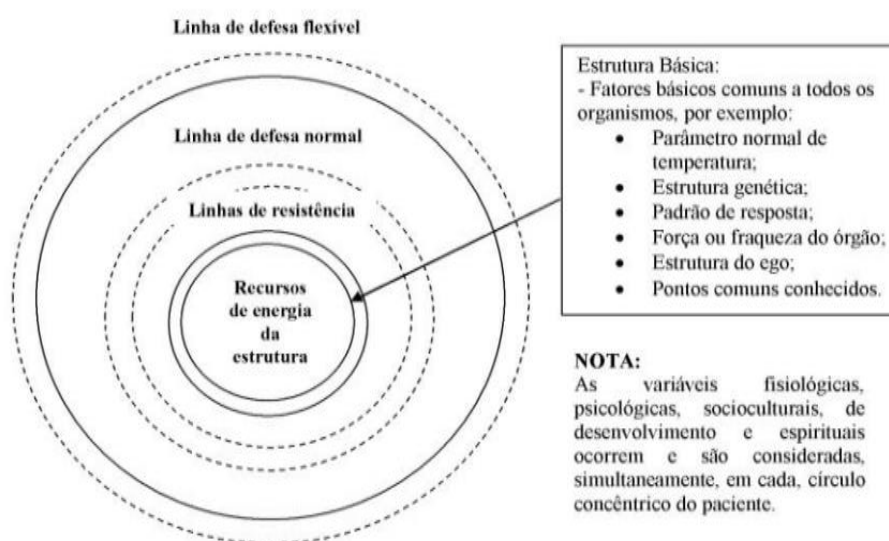


Figura 1- O Modelo de Sistemas de Neuman

Neuman definiu ainda três níveis de intervenção: a intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências à exposição a determinados fatores de *stress*; a intervenção secundária, que resulta das alterações que ocorrem entre os recursos internos e externos do cliente, de modo a utilizar as estratégias que tem como objetivo a reconstituição do equilíbrio do sistema e por último, a intervenção terciária que resulta da utilização dos recursos do cliente de forma a prevenir novas reações aos *stressores* ou até mesmo a regressão, com o objetivo de manter o equilíbrio alcançado (Neuman, 1995).

3- DENOMINAÇÃO DO PROJETO

Este projeto de intervenção tem como titulação “SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”, e apresenta como objetivos a promoção da saúde da população alvo, capacitando a comunidade, e provê-la de estratégias para aumentar a prática de atividade física nos idosos.

3.1 – Justificação do Projeto

Existe uma nova percepção do conceito de saúde considerando-o como qualidade de vida. Assim à medida que os avanços na medicina e políticas de saúde melhoram os tratamentos de várias doenças, atrasando a mortalidade, a população começa não só a avaliar o conceito de saúde no âmbito de salvar as vidas, mas sim de melhorar as mesmas (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

É assim importante promover a qualidade de vida da população idosa, de forma subjetiva e individual, na realidade em que as pessoas vivem e adequá-la à sua faixa etária, aos seus objetivos, expectativas, normas e preocupações.

A pertinência deste projeto, vem assim, pela necessidade de intervenção nesta população permitindo-lhe maior qualidade de vida.

A atividade física não só, inibe o aparecimento de doenças associadas como oferece vários benefícios em saúde, nomeadamente na promoção do bem-estar, diminuindo os fatores risco, vulnerabilidade e ou dependência dos idosos.

3.2- Objetivos do Projeto

Este projeto tem como área de intervenção prioritária, a adesão à atividade física. de 16 Idosos pertencentes ao estudo da “Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós”, com o objetivo geral de capacitar os idosos de forma a promover hábitos de atividade física diária. Tendo como objetivos específicos:

- ⇒ Conhecer a UCC do Entroncamento (UCCE) e Equipa Multidisciplinar;
- ⇒ Identificar áreas de atuação para a implementação do projeto de intervenção individual, considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado;

- ⇒ Desenvolver o projeto de intervenção Comunitária face ao diagnóstico de enfermagem
- ⇒ Apresentar e discutir o projeto de intervenção;
- ⇒ Divulgar o projeto de intervenção à comunidade;
- ⇒ Realizar a *Scoping Review* de acordo com a problemática definida;
- ⇒ Implementar o projeto de intervenção;
- ⇒ Participar ativamente nos programas e projetos desenvolvidos na UCC;
- ⇒ Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção;
- ⇒ Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária;
- ⇒ Planear as sessões apresentadas á comunidade, considerando os objetivos, os recursos humanos e materiais necessários para a sua execução;

3.3- Seleção de Estratégias

Através desta etapa, é possível desenvolver atividades bem estruturadas que permitem a ida ao encontro dos objetivos propostos, assim, ao definir estratégias é possível ter uma abordagem criativa e flexível, mesmo em critérios difíceis de alcançar.

Estas atividades sugeridas foram pensadas consoante o tempo disponibilizado, como se pode verificar no ANEXO I (cronograma de atividades).

4- PLANO OPERACIONAL DE ATIVIDADES A DESENVOLVER

Área de intervenção prioritária: Adesão da população alvo à atividade física.

População alvo: 16 Idosos pertencentes ao estudo da “Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós”.

Objetivo geral: Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;

Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.

Unidades de Competências	Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicador de Avaliação
G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecida.	Conhecer a UCC do Entroncamento (UCCE) e Equipa Multidisciplinar	Reunião de apresentação na UCC com Enfermeira Cooperante Cristina Gonçalves e professora orientadora M ^a do Carmo Figueiredo; Apresentação da Equipa Multidisciplinar; Visita às Instalações da UCCE; Identificação das Áreas de Intervenção da UCCE; Consulta do Plano de ação da UCCE	UCC E	Cátia Gonçalves Enf ^{es} Coordenadora da UCC e Cooperante	Março de 2019	Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio II; Nº de projetos onde serão integrados os alunos.

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>	<p>Identificar áreas de atuação para a implementação do projeto de intervenção individual, considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado.</p>	<p>Reunião com Enfermeira Cooperante para partilha de ideias em relação as necessidades da UCC</p> <p>Reunião com Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora para partilha de ideias em relação no sentido de aferir o tema do projeto de intervenção de cada aluno;</p>	<p>UCC E</p>	<p>Professora Doutora Maria Carmo Figueiredo (Professora Orientadora); Enfermeira Especialista Cristina Gonçalves (Enf^a Cooperante) da UCC; Cátia Gonçalves</p>	<p>Março de 2019</p>	<p>Número de propostas para desenvolver no projeto individual;</p> <p>Número de intervenções estabelecidas para o projeto individual;</p>
<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução das necessidades identificadas</p>	<p>Desenvolver o projeto de intervenção Comunitária face ao diagnóstico de enfermagem</p>	<p>Definição do plano de ação: Plano de atividades e cronograma</p> <p>Validação do planeamento da intervenção com Enf.^a Cooperante, Professora e parceiros envolvidos e aferição da operacionalização do mesmo;</p> <p>Participação em reuniões com a coordenadora da UCCE e Enf^a Cooperante, no sentido de estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto;</p>	<p>UCC E</p>	<p>Cátia Gonçalves Enf^{as} Coordenadora da UCC e Cooperante</p>	<p>Março de 2019</p>	<p>Nº de intervenções estabelecidas para o projeto;</p> <p>Resultados da validação do planeamento da intervenção;</p> <p>Nº de parceiros envolvidos no projeto;</p>
	<p>Apresentar e discutir o projeto de intervenção.</p>	<p>Reunião, através de sessão pública aos parceiros locais, sobre os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado à população;</p> <p>Envolver todos os parceiros nas atividades a desenvolver</p>		<p>Equipa Multidisciplinar da UCC; Cátia Gonçalves; Todos os parceiros da UCCE.</p>	<p>De março a junho de 2019.</p>	

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

	Divulgar o projeto de intervenção à comunidade	<p>Apresentação e discussão do projeto de intervenção à Enf^ª Coordenadora da UCCE e Enf^ª Cooperante, professora e Comunidade</p> <p>Divulgação em órgãos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas</p> <p>Elaboração e distribuição de panfletos informativos na comunidade;</p> <p>Convocação dos idosos para as sessões e outras atividades</p> <p>Motivar a população em estudo para a participação no projeto</p>			De março a junho de 2019.	<p>nº de divulgações efetuadas em órgãos de informação locais</p> <p>Nº de panfletos e pósteres de divulgação do projeto;</p>
	Realizar a Scoping Review de acordo com a problemática definida;	<p>Elaboração da questão de investigação, objetivos e restantes protocolo da RSL para ir ao encontro da melhor evidência científica;</p> <p>Obter evidências científicas para uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado</p>		Cátia Gonçalves	De março a junho de 2019.	<p>Protocolo produzido Scoping Review</p> <p>Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta de investigação.</p>

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

	<p>Implementar o projeto de intervenção</p>	<p>Contacto pessoal com os idosos</p> <p>Planear as três sessões considerando os objetivos, os recursos humanos e materiais necessários para a sua execução.</p> <p>Capacitar os idosos para o desenvolvimento de competências pessoais;</p> <p>Capacitar os idosos para a prática de exercício físico; e aumentar o seu conhecimento sobre a adesão</p> <p>Organizar caminhadas com os idosos.</p> <p>Realizar um Poster e/ou folhetos informativos</p>	<p>UCC E</p>	<p>Enf^ª Cristina Gonçalves (Enf^ª cooperante); Comunidade; Cátia Gonçalves</p>	<p>Durante todo o estágio</p>	<p>N^ª de idosos que participem nas sessões.</p> <p>Número de sessões realizadas/ número de sessões planeadas</p> <p>Número de pessoas presentes/ número de pessoas que era planeado estar presentes</p> <p>Número de que ficaram capacitadas/ número de pessoas presentes</p> <p>Número com conhecimento dos recursos/ número de pessoas presentes</p> <p>Número de pessoas que praticaram os exercícios/ número de pessoas presentes</p> <p>Nº de posters efetuados</p> <p>Nº de folhetos efetuados</p>
--	---	--	------------------	---	-------------------------------	---

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

	<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção</p>	<p>Processo reflexivo ao longo do projeto</p> <p>Realizar ficha de avaliação das sessões</p> <p>Elaboração de ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores/educadores.</p> <p>Comparação dos resultados do projeto com outros estudos já realizados;</p>	<p>UCC E</p>	<p>Enf^ª Cristina Gonçalves (Enf^ª cooperante); Comunidade; Cátia Gonçalves</p>	<p>Durante todo o estágio</p>	<p>Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto;</p> <p>Avaliação de processo na fase intermédia e final da intervenção comunitária;</p> <p>Taxa de participantes que avaliem as sessões.</p>
	<p>Participar ativamente nos programas e projetos desenvolvidos na UCC</p>	<p>Participar com a enfermeira cooperante nos programas e projetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa Espaço saúde - Programa Nacional de Saúde Escolar - Núcleo de Apoio a Jovens e Crianças em Risco - Programa de Cuidados Continuados Integrados - Programa REVIVER - Amas enquadradas nas Creches familiares - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - Projetos de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ ou dependência e seus familiares/cuidadores 	<p>UCC E Outros Contextos</p>	<p>Enf^ª Cristina Gonçalves (Enf^ª cooperante); Comunidade; Cátia Gonçalves</p>	<p>Durante todo o estágio</p>	<p>Feedback da comunidade e dos profissionais de saúde da UCC.</p>

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”

G2.1. Lidera processos com vista a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.	Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária	Participação em seminário intercalar Análise dos resultados das intervenções Realização do Relatório de Estágio Participação em seminário final Discussão de resultados	UCC E	Cátia Gonçalves	Durante todo o estágio	Documento produzido como Relatório final de Estágio.
---	---	---	----------	-----------------	------------------------	--

Objetivos Gerais

Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

G2.1. Lidera processos com vista a capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.	Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária	Participação em seminário intercalar Análise dos resultados das intervenções Realização do Relatório de Estágio Participação em seminário final Discussão de resultados Realização do Relatório de Estágio;	UCC E	Cátia Gonçalves	Durante todo o estágio	Documento com reflexão produzida Mobilização de contributos Atividades desenvolvidas e contributos futuros Documento produzido como relatório final de estágio
---	---	--	----------	-----------------	------------------------	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo que o foco do enfermeiro é a relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, família e comunidades, este utiliza a sua formação e experiência que lhe proporcionam apreender e respeitar os outros de forma multicultural, promovendo a proatividade na execução dos projetos de saúde destes (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), a educação e a promoção da saúde são contributos dos enfermeiros melhoram o estado de saúde da população, pois estes são os profissionais de saúde que ocupam uma posição distinta para intervir concretamente e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

Assim o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deverá ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade” (OE, 2011).

Este projeto pretende aplicar o uso de estratégias para a capacitação das comunidades para gerirem os seus processos de saúde/doença, de forma a proporcionar o Empoderamento Comunitário indo ao encontro das necessidades da população.

Uma das condicionantes deste projeto passa pela dificuldade na acessibilidade desta população alvo, pois a maioria não sai do seu domicílio e apresenta dificuldades na sua mobilidade, desta forma será necessária a adequação de estratégias para atingir esta população na sua maioria. Assim como, promover estratégias diferenciadas e aplicadas á minoria da população alvo que costuma sair do seu domicílio.

Possuo a ambição de que este projeto capacite e promova a prática de atividade física desta população alvo, aumentando a sua qualidade de vida e prevenindo o aparecimento de doenças resultantes da inatividade física, aumentando por consequente os ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2000). *O cuidado de enfermagem-que sentido (s)?* In M.A.M. Costa, M.G. Mestrinho & M. J Sampaio (Eds). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação – balanço de um projeto*, (66-77). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Amendoeira, J. P. (2006). *Enfermagem. Disciplina do conhecimento*, Sinais Vitais, 67, p.17 - 29.
- Araújo, D. e Araújo, C. (2000). *Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos*. Rev. Brasileira Medicina Do Esporte, 6(5), p. 194–203.
- Carvalho, S. (2004b). *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (3), 669-678
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring healthy days*. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Health Care.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Acedido agosto 15, 2016 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016) *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar (ENPAF)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Ministério da Saúde.
- European Commission. (2015) *The 2015 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* (Vol. 3217). Brussels: Publications Office of the European Union.
- Figueiredo, M. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Giatti L. (2003) *Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil*. Cad Saúde Pública 2003;19:759-71.

- González, J., & Wagenaar, R. (2003) *Tuning Educational Structures in Europe* [online]. Projet Tunning 2000. Acedido dezembro 08, 2015 em http://www.uc.pt/ge3s/event_04/event_04/tuningexecutivesummary-3.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014) *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2016.
- Instituto Português do Desporto e da Juventude. (2015) *Programa Nacional Desporto para Todos*. Lisboa: 2015.
- Lei n.º 5/2007, de 16 de janeiro – Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto
- Molton, I.e Jensen, M. (2010). *Aging and disability: Biopsychosocial perspectives*. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(2), 253–265. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.012
- Mor V. e Murphy J. (1989) *Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME et al. Risk of functional decline among well elders*. *J Clin Epidemiol*, p.895-904.
- Muenz, R. (2007) *Aging and Demographic Change in European Societies: Main Trends and Alternative Policy Options*.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stanford: Appletom e Lange.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Dados Estatísticos – 2000 a 2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>, em 27 de Fevereiro de 2019.
- Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata – Conferência internacional sobre cuidados primários*. USSR: OMS. Também disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, acedido em 27 de Fevereiro de 2019.
- Organização Mundial da Saúde. (2018) *Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável*. Plano de ação global para a atividade física 2018-2030 – versão síntese.

Paterson, D. Jones, G. e Rice, C. (2007) *Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults*. Applied Physiological Nutricional Metabolism, 98 Suppl 2. doi:10.1139/H07-111

Regulamento nº 128/2011, in DR nº35, 2ª serie, de 18 de Fevereiro.

Riita-Liisa, H. (1998). *Role of Physical Activity in Healthy Ageing*.

Rikli R., e Jones, C. (2001) *Senior Fitness Test Manual*. (H. Kinetics, Ed.) (2nd ed.).

Rikli, R. e Jones, C. (1999b) *Functional Fitness normative Scores for Community-Residing Older Adults*, Ages 60-94. Journal of Aging and Physical Activity, 7, 162–181.

Rikli, R. e Jones, C. (2008) *Teste de aptidão física para idosos* (1a ed.). Manole/Rikli,

Tavares, A. (1990), *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

World Health Organization (1999b). *Men Ageing And Health-Achieving health across the life span*. Geneva.

ANEXO II – SCOPING REVIEW

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO EMPOWERMENT DOS IDOSOS NA
ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: SCOPING REVIEW**

Autora:
Cátia Vanessa da Silva Gonçalves
Nº170400153

Santarém, março de 2019

“SER ATIVO TODOS OS DIAS - UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS”



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO II**

**AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO EMPOWERMENT DOS IDOSOS NA
ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: SCOPING REVIEW**

Autora:
Cátia Vanessa da Silva Gonçalves
Nº170400153
Professora Orientadora:
Maria Carmo Figueiredo

Santarém, março de 2019

SIGLAS

AVD – Atividade de Vida Diária

CSP- Cuidados de Saúde Primários

D.L.-Decreto de Lei

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UMIS- Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

Review Title

As intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Reviewers

Cátia Gonçalves

Center conducting the review

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS) - Escola Superior de Saúde de Santarém

Review question/objective

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Objetivo: Identificar de que forma o Enfermeiro promove o empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Key word (MesH Descriptors):

Nursing (MesH), Physical Activity (MesH), Patient Empowerment (Pubmed), Frail Elderly (MesH).

Background

O cuidar em enfermagem é um ato de complexidade de lidar com outro ser humano, não pode ser só pensado como um ato que envolve técnicas e tecnologias (Ferreira, 2006). A pessoa é o centro de interesse, baseada numa relação interpessoal que ocorre entre quem necessita de ajuda e a pessoa capaz de ajudar, onde o cuidado não é mecânico, mas sim humanístico (Amendoeira *et al.*, 2003).

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996, p.3).

Na atualidade, como um dos elementos fulcrais à estratégia preconizada pelas Políticas Públicas de Saúde, numa transição para a prestação de cuidados centrados no cidadão, surge como determinante o conceito de autocuidado, com vista a uma autogestão eficaz da saúde, relevando-se o bem-estar e a qualidade de vida, individual e coletiva.

A Enfermagem resulta da “forma particular como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente” (Kérouac *et al.*, 1994, p.2), pelo que a análise dos diferentes modelos de Enfermagem terá sempre de ser realizada segundo estes conceitos, uma vez que são transversais a todos eles.

Segundo Muenz (2007), a maioria dos países desenvolvidos apresenta atualmente o fenómeno de duplo envelhecimento demográfico que se deve essencialmente a dois fatores, a diminuição da fertilidade e o aumento da esperança média de vida, acondicionando assim uma mudança progressiva da sociedade, passando de uma sociedade de indivíduos mais novos para uma maioria de pessoas idosas.

Este facto acontece na generalidade dos países da Europa apresentando um aumento significativo da esperança média de vida, esperando atingir em 2060, a idade média para os homens um valor de 84,8 anos e para as mulheres um valor de 89,1 anos, dados da European Commission (2015).

Em Portugal as características demográficas da população divulgam que o envelhecimento da população agravou significativamente na última década, passando a percentagem de população idosa (>= 65 anos) em 2001, de 16%, para a 19% em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Segundo Araújo e Araújo (2000), este aumento significativo da população idosa, está diretamente, associado a uma maior prevalência dos níveis de sedentarismo e que a longo ou médio prazo, podem levar ao desenvolvimento de fatores de risco para o aparecimento de doenças. Influenciando por consequente a sua qualidade de vida.

De acordo com Giatti (2003), a rápida mudança na estrutura etária do País permite novas situações de doença e coloca novos desafios. Entre eles, o de garantir boas condições de saúde dos idosos e o de preservar a autonomia física e mental destes, de forma a manterem boas perspetivas de vida e por sua vez que estes indivíduos possam assumir papéis relevantes na sociedade.

Segundo a European Commission (2015), as alterações demográficas permitem sérias preocupações ao nível socioeconómico para a sociedade atual. Assim, “os gastos com os cuidados de saúde dependem não só do volume populacional mas também do nível de saúde, que está intimamente ligado à estrutura e proporção da população. Neste contexto, a taxa de pessoas idosas em relação à população total ocupa um lugar importante”, European Commission (2015), citado por Martins (2016)

Em 1978 a Declaração de Alma-Ata nomeou as necessidades de atenção primária à saúde, de forma a alcançar a meta de “Saúde para Todos” no ano 2000. Das atividades preconizadas, destaca-se a educação da população sobre problemas prevalentes, assim como métodos de prevenção e controlo. A Declaração mantém-se atualizada quanto à necessidade e à prevenção e promoção da saúde da população, com um progressivo reconhecimento científico da importância da atividade física como

estratégia para este fim, incluindo as mudanças de comportamentos fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

De acordo com o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), refere que a prática regular de atividade física contribui para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo: doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon), tendo um forte contributo também na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental, e por consequentemente na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Ainda segundo OMS (2018), a não adesão à atividade física, levará ao aumento dos custos, com um impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e também na qualidade de vida.

Este novo plano de ação global de promoção da atividade física traz assim novas respostas aos países, com orientações mais atualizadas, e um quadro de ações políticas efetivas e viáveis com o intuito de aumentar a atividade física da população mundial a todos os níveis.

Segundo as Orientações da União Europeia para a Atividade Física (2009, p.7) - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar, a atividade física é definida como “qualquer movimento associado à contracção muscular que faz aumentar o dispêndio de energia acima dos níveis de repouso”, assim, esta definição integra todos os pressupostos da atividade física, ou seja: em momentos de lazer, ocupacional, em casa, e ligada ao transporte (Andersen *et al.* 2009).

Segundo Wallerstein (2006, p.17) o Empowerment é definido como "um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança de seu ambiente social e político para melhorar a equidade e qualidade de vida". Na perspetiva do Empowerment é imprescindível que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe possibilitem implementar intervenções promotoras da saúde, da autonomia e do Empowerment da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Os profissionais assistem e preparam as pessoas idosas para as mudanças e exigências que advêm das necessidades, promovendo e incentivando a aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de habilidades e capacidades relacionadas com a situação experienciada (Meleis, 2010).

Os cuidados prestados às pessoas idosas e às famílias nos seus contextos comunitários, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a sua saúde. Desta forma, os cuidados na comunidade devem ser planeados, coordenados e adequados às necessidades do utente e do respetivo suporte familiar (Stanhope e Lancaster, 2011).

Com a reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), ao abrigo do Decreto-Lei (D.L.) nº28/2008 no artigo 11º é definido que “A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social

de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Diário da República, 2008, p.1184).

Esta vertente dos CSP virada para a comunidade é essencial, pois só com um trabalho efetivo do enfermeiro junto da comunidade se encontram soluções para os problemas da comunidade, das famílias e das pessoas.

Pode considerar-se, que para idosos inativos, o levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode acarretar que o idoso passe de um indivíduo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD), aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas (Rikli e Jones, 1999; Rikli e Jones, 2001; Rikli e Jones, 2008).

Segundo Paterson, Jones, e Rice, (2007) se a realização das AVD está comprometida momentaneamente, esse fator poderá condicionar a que algumas dessas atividades deixem de ser concretizadas, começando um ciclo vicioso de diminuição da capacidade funcional.

De acordo com Rikli e Jones (2001), a qualidade de vida dos idosos, depende essencialmente da capacidade de um indivíduo em poder realizar as suas AVD sem dor e limitação funcional durante a maioria dos anos possível. Assim o declínio funcional, particularmente o associado à inatividade física, pode ser colmatado através de uma avaliação adaptada e mudanças de comportamentos. Ainda segundo Rikli e Jones (2008) a prevenção ou redução da perda da capacidade física em idade avançada depende essencialmente da forma de detetar e tratar precocemente os sinais de declínio funcional. Assim a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos movimentos e da diminuição da capacidade para a realização das AVD ou mesmo impossibilidade de desempenhá-las. De acordo com Mor V. e Murphy J. (1989) a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, estando relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos.

Inclusion criteria

Types of participants

Enfermeiro e pessoas idosas

Concept

Idosos

Empowerment

Atividade Física

Context

Contexto comunitário

Types of studies

Qualitativos, Quantitativos e mistos

Search strategy

Nursing **AND** Patient empowerment **OR** Physical Activity **AND** Frail elderly

EBSCO

- Booleano
- Texto completo
- Data de Publicação: Março de 2014 a Março de 2019

CINAHL

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Prática baseada em evidência
- Humano
- Primeiro autor é enfermeira
- Qualquer autor é enfermeira
- Faixas etárias: +65 anos
- Texto completo em PDF

MEDLINE

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Humano
- Idade: +65 years

NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION

- Texto completo em PDF

MEDICLATINA

-Texto completo em PDF

PROQUEST

- Limitar a: texto completo e revisão inter-pares
- Data de publicação: Março de 2014 a Março de 2019
- Faixa etária: idoso (+ 65 anos);
- Tipo de fonte: revistas académicas e revistas especializadas
- Tipo de documento: artigo e artigo principal
- Idioma: espanhol, inglês e português

PUBMED

- Text availability: Abstract, free full text
- Publication dates: 5 years
- Species: humans
- Journal categories: MEDLINE, Nursing journals
- Languages: english, portuguese e spanish
- Ages: 65+ years

Study Selection

Para a identificação dos artigos utilizei as plataformas PubMed, Proquest e EBSCO que inclui CINAHL, NURSING, MEDLINE e MEDICLATINA onde identifiquei 29 artigos, sendo que 5 deles se encontravam duplicados restando, portanto, 24 artigos. Posteriormente procedi à leitura do título e do abstract dos 24 artigos (screening), excluindo 22 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o screening li, o full text dos 2 artigos finais (eligibility).

Considerarei assim, os 2 artigos que mais contributos davam à questão, ao objetivo e aos critérios de inclusão.

(included):

- 1- "Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model";
- 2- "La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud".

Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado utilizei o instrumento: Data extraction instrument (Appendix IV) que tem as seguintes variáveis: Autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, metodologias/métodos, fontes de pesquisa utilizadas, interpretação desenvolvida, nível de evidência alcançado e o contributo para a questão de revisão, que contribuiu essencialmente para validar a qualidade dos dados provenientes das fontes recolhidas.

Data synthesis

O principal objetivo desta Scoping Review é identificar de que forma o Enfermeiro promove o empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Para tal foi necessário fazer pesquisa nas várias bases de dados utilizando os mesmos limitadores em todas as plataformas:

- I. Pubmed;
- II. Proquest;
- III. EBSCO:
 - MEDLINE
 - NURSING
 - CINAHL
 - MEDICLATINA

Após essa pesquisa, foi-me permitido fazer a tabela com os resultados: 1º com cada palavra individualmente; 2º com todos os cruzamentos possíveis entre as palavras. E por fim com todas as palavras (Appendix I: Initial Search Strategy).

Assim identifiquei 29 artigos (Appendix II: Appraisal instruments), sendo que 5 deles se encontravam duplicados restando, portanto, 24 artigos, como foi elaborado no PRIMA (Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram). Posteriormente procedi à leitura do título e do abstract dos 24 artigos (screening), excluindo 22 artigos pelo facto de não corresponderem aos critérios de inclusão e ao objetivo. Após o screening li, o full text dos 2 artigos finais (eligibility).

Foram assim selecionadas algumas interpretações destacadas nestes 2 artigos (Appendix IV: Data extraction instrument), tendo em conta os níveis de evidência apresentados pela Joanna Briggs Institute. Onde, de seguida é apresentado um confronto entre os conceitos presentes no background e as interpretações dos artigos analisados.

Segundo Kérouac (1994) A Enfermagem resulta da forma como os enfermeiros abordam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente, uma vez que são transversais a todos eles. Os enfermeiros, segundo Hage & Lorensen citado por Fotoukian (2014) precisam de competência para

ouvir o idoso e estar disposto a respeitar suas experiências, valores e interesses, de forma a facilitar o empowerment dos mais velhos. Esta capacitação em saúde enfatiza a conscientização da pessoa sobre a capacidade de participar em decisões de saúde e cuidados de saúde (Shearer, 2009 citado por Fotoukian *et al.*, 2014). Coincidindo assim com Wallerstein (2006) que se refere ao empowerment como um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham autonomia sobre os seus assuntos, sendo possível a capacitação da comunidade no contexto de mudança de seu ambiente de forma a promover a equidade e qualidade de vida.

De acordo com Isokaanta & Johansson, (2006) citado por Fotoukian *et al.* (2014) o empowerment pode ser definido como um processo interpessoal entre o enfermeiro e o utente, destinado a facilitar comportamentos saudáveis, sendo imprescindível que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos, que lhe possibilitem implementar intervenções promotoras da saúde, da autonomia e do empowerment da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo Gómez-Cabello *et al.* (2018), com o envelhecimento crescente da população, existe a necessidade de procura de medidas que promovam a melhoria da saúde e qualidade de vida de pessoas mais idosas, assim como, Giatti (2003) refere, que esta rápida mudança da estrutura etária do país permite novas situações de doença e coloca novos desafios. Entre eles, o de garantir boas condições de saúde dos idosos e o de preservar a autonomia física e mental destes, com o objetivo de manter e melhorar a perspetiva de vida.

Segundo Araújo e Araújo (2000), a população idosa, está diretamente, associada a uma maior prevalência dos níveis de sedentarismo e que a longo ou médio prazo, podem levar ao desenvolvimento de fatores de risco para o aparecimento de doenças, influenciando por consequente a sua qualidade de vida. Esta evidência é reforçada por Gómez-Cabello *et al.*, (2018) referindo que a prática da atividade física produz um efeito benéfico sobre a condição física dos idosos, independentemente da sua idade. E ainda que, aqueles que não participam desse tipo de atividade aumentam o risco de ter um baixo nível de condição física.

Ainda segundo Gómez-Cabello *et al.*, (2018) as ferramentas que encontramos hoje em dia são utilizadas de forma a manter e / ou melhorar os níveis de aptidão dos idosos, com o objetivo de melhorar a sua saúde e diminuir o risco de morbilidade e dependência. Neste sentido, a atividade física como exercício regular e programas de formação específicos emerge como ferramenta essencial, de forma a atingir este fim. Para tal a nível nacional foi criado o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), com o intuito de aumentar a prática regular de atividade física contribuindo por sua vez para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo: doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon), tendo também um forte contributo, na prevenção da

hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Segundo Gómez-Cabello *et al.*, (2018) é possível apresentar, que as pessoas idosas que realizaram atividade física, apresentaram maiores níveis de aptidão física do que as, que não participaram nesse tipo de atividade. Embora o desempenho físico diminua com o envelhecimento, atividades, como programas de treinamento específicos, parecem ser úteis para garantir níveis mais força, agilidade, velocidade e resistência em homens e mulheres idosas. Pode considerar-se ainda, segundo Rikli e Jones, 2001, que para idosos inativos, o levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade, que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode acarretar que o idoso passe de um individuo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das AVD, aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas

Conflicts of interest

Não se aplica.

Acknowledgements

A concretização desta Scoping Review, só se tornou possível pelo apoio e incentivo da Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo, manifestando assim a minha maior gratidão, pois proporcionou a evolução do meu processo de ensino e aprendizagem.

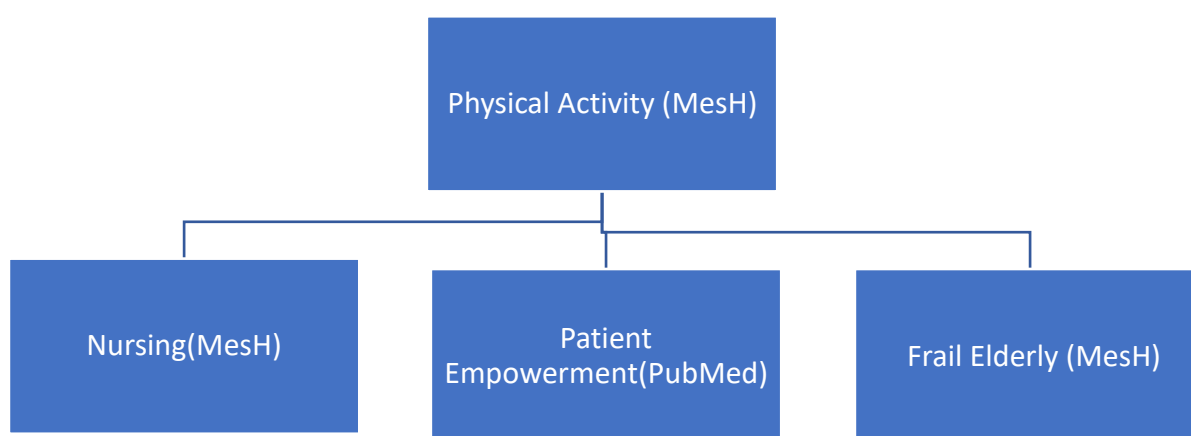
References

- Amendoeira *et al.*, (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem. Expressões e significados*. Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.15/88>
- Araújo, D. e Araújo, C. (2000). *Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos*. Rev. Brasileira Medicina Do Esporte, 6(5), p. 194–203.
- Diário da República, 1.^a série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008.
- European Commission. (2015) *The 2015 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* (Vol. 3217). Brussels: Publications Office of the European Union.
- Fotoukian, *et al.*(2014) Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model. *Asian Nursing Research* 8 (2014) 118 e 127.
- Giatti (2003) *Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil*. Cad Saúde Pública 2003;19:759-71.

- Gómez-Cabello, *et al.*(2018) La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; Vol. 92; 27 de marzo e1-e10(2018).
- Instituto Nacional de Estatística. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Kérouac *et al.* (1994). *La pensée infirmière*. 4ªed., Éditions Études Vivantes. Laval
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Mor V. e Murphy J. (1989) *Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME et al. Risk of functional decline among well elders*. *J Clin Epidemiol*, p.895-904.
- Muenz, R. (2007) *Aging and Demographic Change in European Societies: Main Trends and Alternative Policy Options*.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata – Conferência internacional sobre cuidados primários*. USSR: OMS. Também disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, acedido em 27 de Março de 2019.
- Organização Mundial da Saúde. (2018) *Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável*. Plano de ação global para a atividade física 2018-2030 – versão síntese.
- Paterson, D. Jones, G. e Rice, C. (2007) *Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults*. *Applied Physiological Nutricional Metabolism*, 98 Suppl 2. doi:10.1139/H07-111
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). *Intervenções dos enfermeiros*, capítulo IV, Exercício e intervenções dos enfermeiros, do Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE
- Rikli R., e Jones, C. (2001) *Senior Fitness Test Manual*. (H. Kinetics, Ed.) (2nd ed.).
- Rikli, R. e Jones, C. (1999b) *Functional Fitness normative Scores for Community-Residing Older Adults, Ages 60-94*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 162–181.
- Rikli, R. e Jones, C. (2008) *Teste de aptidão física para idosos* (1a ed.). ManoleRikli
- Stanhope, M., e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures. Lusociência.

Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Acedido em 10 de Outubro de 2018 em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf.

Appendix I: Initial Search Strategy



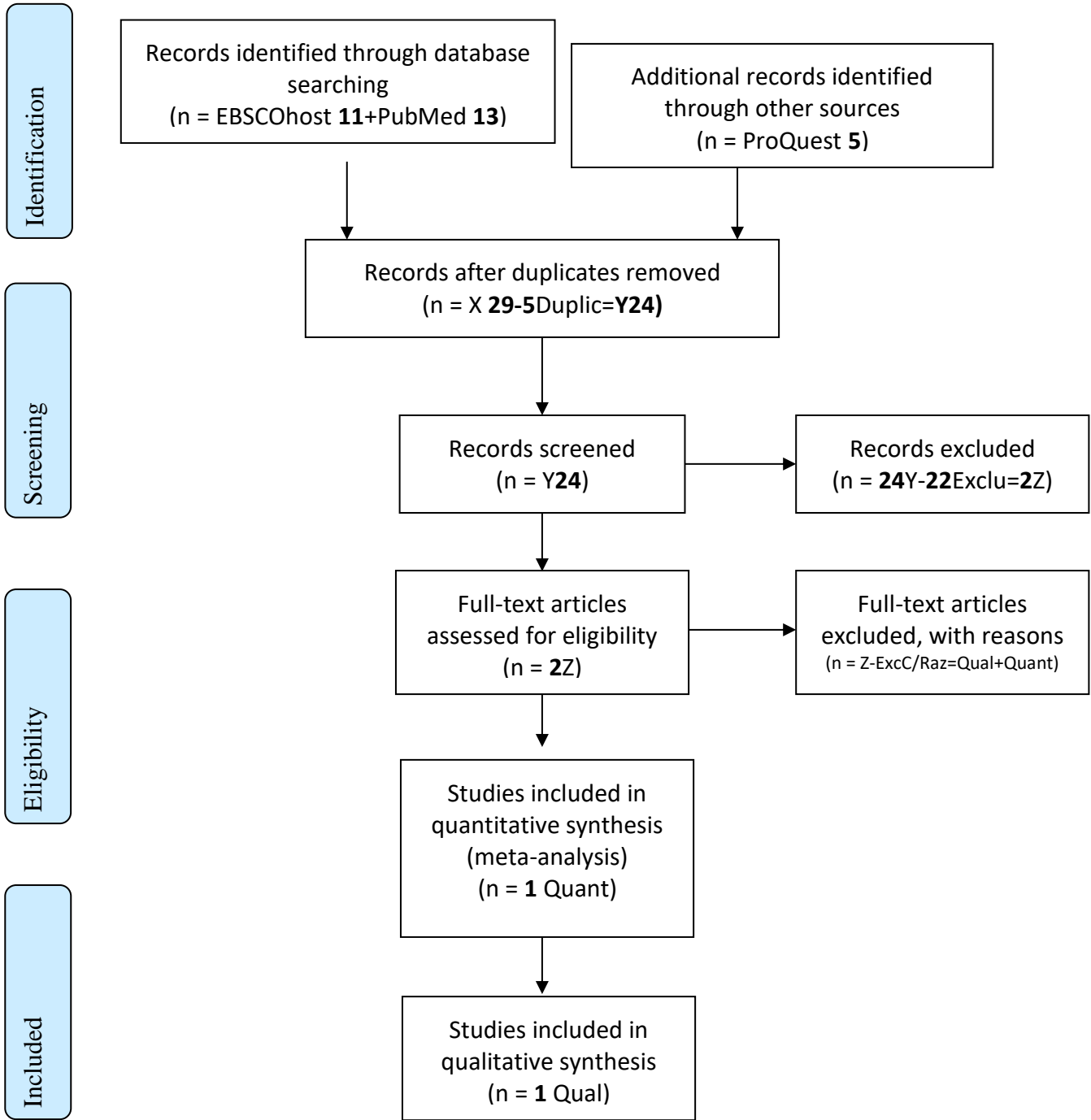
Appendix II: Appraisal instruments

Tabela 1- Nursing **AND** Patient empowerment **OR** Physical Activity **AND** Frail elderly

Base de Dados Palavras-chave	Plataforma EBSCO				PROQUEST	PUBMED
	CINAHL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA		
1-Nursing	8	4,126	1,747	926	899	2,316
2- Patient Empowerment	0	28	31	1	8	37
3- Physical activity	1	958	3,127	385	816	4,603
4- Frail Elderly	1	13	118	5	73	231
1 AND 2	0	2	2	0	1	0
1 OR 3	9	5,045	4,835	1,289	1,664	6,865
1 AND 4	1	2	21	1	12	43
2 OR 3	1	985	3,156	386	823	4,639
2 AND 4	0	0	0	0	0	0
3 AND 4	0	0	7	0	12	14
1 AND 2 OR 3	1	960	3,129	385	52	4,603
2 OR 3 AND 4	0	28	38	1	20	13
1 AND 2 OR 3 AND 4	0	2	9	0	5	13

Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram

PRISMA 2009 Flow Diagram



Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: As intervenções de enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Critérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro e pessoas idosas

Conceito: Idosos, Empowerment, Atividade Física

Contexto: Comunitário

Autor/es: Zahra Fotoukian, Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi, Masoud Fallahi Khoshknab, Easa Mohammadi. Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model. *Asian Nursing Research* 8 (2014) 118 e 127.

Ano da Publicação: 2014

País de origem: Irão

Objetivos: O objetivo deste estudo foi esclarecer o significado e a natureza do conceito de empowerment em alguns idosos iranianos que sofrem de doenças crônicas.

Metodologia/métodos: Foi realizado um estudo qualitativo, onde a análise de conceito de empowerment foi efetuada consoante três fases: uma fase teórica inicial, uma fase de trabalho de campo e uma fase analítica final.

Quanto ao método o estudo é qualitativo, em que a realidade que é estudada não pode ser generalizada e é valorizada a subjetividade. Segundo Terence e Filho (2006) na abordagem qualitativa, o investigador procura aprofundar-se na compreensão dos fenómenos que estuda, ações dos indivíduos, grupos ou organizações no seu ambiente e contexto social, interpretando-os segundo a perspetiva dos participantes, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito.

Após uma extensa revisão da literatura para descrever as características (a escolha correta e autónoma da tomada de decisão) e definição do conceito (é definido como “a melhoria do autocontrolo da vida”), seguiu-se uma fase de trabalho de campo para elucidar empiricamente o conceito de empoderamento dos idosos iranianos com doenças crônicas. Na terceira fase, os atributos de empowerment (“Participação ativa”, “mudança informada”, “conhecimento para

resolver problemas”, “responsabilidade de autocuidado”, “presença de competência do cliente” e “controle da saúde ou da vida”), foram extraídos da primeira e segunda fase. A amostragem proposital foi realizada para 13 participantes (7 idosos portadores de doenças crônicas, 3 cuidadores familiares de idosos portadores de doença crônica e 3 profissionais de saúde com experiência de cuidado com idosos portadores de doenças crônicas).

Fontes de pesquisa utilizadas: Para colher os dados clínicos necessários, foram entrevistados os indivíduos com experiência em empowerment e notas de campo. A fase de trabalho de campo começou com a colheita de dados clínicos de pessoas idosas com doenças crônicas. Dado o papel dos cuidadores familiares e dos prestadores de cuidados de saúde no empowerment, foram realizadas entrevistas com eles. A amostra é intencional, e foi feita a 13 participantes. Os participantes foram encorajados a falar livremente e acrescentar outras reflexões. Foi elaborada uma entrevista semiestruturada com base na revisão da literatura. As perguntas da entrevista foram elaboradas em relação às definições dos participantes sobre o conceito de empowerment, o papel das pessoas idosas com doenças crônicas na auto-capacitação e os fatores que afetam o empowerment. Cada entrevista durou cerca de 40 minutos. As entrevistas foram realizadas *face to face* em ambiente privado e gravadas em áudio.

Um analista independente (experiente em pesquisa qualitativa) analisou uma seleção aleatória das transcrições para distinguir os temas dos dados. As diferenças foram contestadas por meio de discussão e o consenso foi alcançado.

Interpretação desenvolvida:

“Na enfermagem, o empoderamento pode ser definido como um processo interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, destinado a facilitar comportamentos saudáveis ”(Isokaanta & Johansson, 2006).”(Fotoukian et al., 2014, p.120)

“Os atributos da revisão da literatura podem ser resumidos da seguinte forma; “Participação ativa”, “mudança informada”, “conhecimento para resolver problemas”, “responsabilidade de autocuidado”, “presença de competência do cliente” e “controle da saúde ou da vida””(Fotoukian et al., 2014, p.120)

“Neste estudo, no entanto, a análise de códigos abertos não revelou esse recurso. Portanto, essa característica deve ser considerada nos programas de empoderamento de idosos com doenças crônicas, no que diz respeito ao fato de que, na revisão da literatura, a escolha correta e autônoma da tomada de decisão são as características do empoderamento.”(Fotoukian et al., 2014, p.120)

“Empoderamento é um padrão de bem-estar e bem-estar através do qual pessoas idosas com doenças crônicas, a fim de controlar a sua vida, promovendo as suas habilidades ao se comunicarem com a equipa médica (Shearer & Reed, 2004). O papel das pessoas idosas com doenças crônicas é

informado e participação ativa no autocuidado. As funções das equipas médicas passam pela educação e apoio para o acesso a objetivos, redução de barreiras de forma à obtenção de capacidade de autocuidado (Kapella, Larson, Patel, Covey e Berry, 2006) ”(Fotoukian et al., 2014, p.120)

“A capacitação em saúde enfatiza a conscientização de uma pessoa sobre a capacidade de participar conscientemente em decisões de saúde e cuidados de saúde (Shearer, 2009).” (Fotoukian et al., 2014, p.123)

“O apoio organizacional é um dos outros fatores que influenciam o empoderamento, o que é observado nas descobertas de outros (por exemplo, Ravanipour, Salehi, Taleghani, Abedi e Schuurmans, 2008). Shearer et al. (2010) afirma: “Os recursos sociais ajudam na promoção do empoderamento relacionado à saúde fornecendo apoio e acessibilidade constante.” As capacidades dos recursos de apoio incluem “provisão de informação”, “promoção do conhecimento” e “encorajamento para a expressão de sentimentos”. (Shearer et al., 2010). ”(Fotoukian et al., 2014, p.125)

“Os enfermeiros precisam de competência para ouvir o paciente idoso e estar disposto a respeitar as suas experiências, valores e interesses, bem como as suas experiências, de forma a facilitar o empoderamento de pacientes idosos (Hage & Lorensen , 2005). ”(Fotoukian et al., 2014, p.125)

“Essas descobertas podem ser uma linha de base para pesquisas futuras no desenvolvimento de intervenções eficazes de saúde, como o desenvolvimento de um modelo de enfermagem para aumentar o empoderamento em idosos no Irão. Tal modelo pode fornecer uma base forte para o cuidado de enfermagem. Este estudo teve como objetivo alcançar uma compreensão mais profunda do conceito de empoderamento em idosos iranianos com doenças crónicas, para que se possa desenvolver estratégias de cuidados de saúde para o empoderamento culturalmente apropriado. ”(Fotoukian et al., 2014, p.126)

Traduzido de Inglês para Português de Fotoukian et al., 2014, p.120-126

Nível de Evidência alcançado (se aplicável): Level 4.b – Individual Case series/Case Controlled/ Historically Controlled study

Contributo para a questão de revisão: As estratégias voltadas para a educação dos utentes permitem o empowerment destes e, por conseguinte, mais auto-capacitação, o que resulta na melhoria da sua qualidade de vida. É através da informação, educação e suporte, fornecida pelos enfermeiros, que é possível satisfazer as necessidades destes indivíduos, tendo como base os seus valores, experiências e objetivos pessoais.

Appendix IV: Data extraction instrument

Título da Revisão: As intervenções de enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Crítérios de Inclusão (PCC):

População: Enfermeiro e pessoas idosas

Conceito: Idosos, Empowerment, Atividade Física

Contexto: Comunitário

Autor/es: Alba Gómez-Cabello, Sara Vila-Maldonado, Raquel Pedrero-Chamizo, José Gerardo Villa-Vicente, Narcis Gusi, Luis Espino, Marcela González-Gross, José Antonio Casajús, Ignacio Ara. La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; Vol. 92; 27 de marzo e1-e10(2018).

Ano da Publicação:2018

País de origem: Espanha

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram: avaliar o impacto do desempenho da Atividade Física organizada, ao nível da condição física dos idosos segundo o sexo, o número de horas de prática de exercício físico e a função física após a ausência de prática de atividade física.

Metodologia/métodos: Estudo Quantitativo com critério transversal.

Quanto ao método de análise de dados o estudo é quantitativo, visto que procura estudar uma realidade em profundidade e generalizar para outras realidades.

Segundo Turato (2005), os métodos quantitativos procuram a explicação do comportamento. Tem como objeto de estudo fatos vistos e descritos. A apresentação de resultados é através de linguagem matemática. Esta abordagem tem a característica de ser mais objetiva e possivelmente mais precisa. Erickson (2005) acrescenta que os resultados quantitativos não devem ser vistos como um número exato, mas como uma estimativa com variabilidade dependendo da qualidade dos dados.

Para este estudo foram utilizados 8 testes específicos para a população idosa, resultantes do "Senior Fitness Test":

- "Teste Flamingo". - Força das extremidades inferiores: "Chair Stand Test".
- Força das extremidades superiores: "Arm Curl Test".
- Flexibilidade das extremidades inferiores: "Test Sit-and-Reach da Chair".
- Flexibilidade das extremidades superiores: "Test de Scratch".
- Agilidade: "8-Foot Up-and-Go Test".
- Velocidade: "Brisk Walking Test".
- Resistência: "Teste de Caminhada de 6 Minutos"

Todos os participantes foram entrevistados por meio de um questionário estruturado com o objetivo de obter informações sobre estilo de vida, aspetos sociodemográficos e qualidade de vida, entre outros.

Fontes de pesquisa utilizadas: O estudo envolveu um total de 3104 pessoas com mais de 65 anos de Espanha (722 homens e 2382 mulheres), pertencente ao projeto intitulado "Multicenter EXERNET para avaliar a aptidão em idosos".

Este projeto, que tem um design transversal com uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que se encontrem em 6 regiões de Espanha: em Aragão, Castela La Mancha, Castilla y León, Canárias, Extremadura e Madrid. Os critérios de exclusão estabelecidos neste estudo foram: idade inferior a 65 anos com cancro, demência e ser incapaz de cuidar de si ou ser institucionalizado. Após a conclusão do trabalho de campo, que ocorreu entre junho de 2008 e outubro de 2009, os participantes que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos do banco de dados. Antes da participação nos testes, todos os indivíduos foram informados dos objetivos do estudo, assim como seus possíveis riscos e benefícios, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Clínica de Aragão (18/2008) e foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas para pesquisas contidos na Declaração de Helsinki.

Interpretação desenvolvida:

"A prática da atividade física organizada produz um efeito benéfico sobre a condição física dos idosos, independentemente da idade, horas despendidas sentadas ou tempo despendido andando. Aqueles que não participam desse tipo de atividade aumentam o risco de ter um baixo nível de condição física na maioria das variáveis avaliadas, observando algumas diferenças entre os sexos. Em relação ao número de horas, nos homens não há diferença significativa entre praticar menos de 2, 2 a 4 ou mais de 4 horas; no entanto, o tempo de atividade nas mulheres é a chave na obtenção de

maiores benefícios na função física, sendo a partir de 2 horas por semana, o ideal "(Gómez-Cabello et al, 2018, p.8).

"Com o envelhecimento da população, que ocorreu em todo o mundo e o conseqüente aumento na investigação destinada a melhorar a saúde e qualidade de vida em pessoas mais velhas, o aumento da importância dada à condição física (e seus diversos componentes) é maior para alcançar um envelhecimento saudável e reduzir o risco de doença e morte. "(Gómez-Cabello et al., 2018, p.8)

"(...), por isso é essencial identificar as ferramentas de forma a manter e / ou melhorar os níveis de aptidão dos idosos para a atividade física, com o objetivo, de melhorar a sua saúde e diminuição do risco de morbidade e dependência. Neste sentido, a atividade física como exercício regular e programas de formação específicos emergem como ferramentas essenciais, com a finalidade de atingir esse objetivo "(Gómez-Cabello et al, 2018, p.8).

"Os resultados de várias revisões sistemáticas e meta-análises mostram que com base no balanço, força ou pilates, os programas são eficazes para melhorar a forma física em idosos, os resultados vão em consonância com os encontrados no presente estudo, em que as pessoas que realizaram atividade física organizada apresentaram maiores níveis de aptidão física do que as que não participaram desse tipo de atividade. Embora o desempenho físico diminua com o envelhecimento, estes tipos de atividades, como programas de treinamento específicos, parecem ser úteis para garantir níveis mais altos de força, agilidade, velocidade e resistência em homens e mulheres idosos. "(Gómez-Cabello et al., 2018: 8)

"Neste artigo, Lesinski *et al.* (2015), mostraram que a frequência semanal ótima foi de 3 dias por semana e a duração de cada sessão foi de 31 a 45 minutos. No entanto, neste artigo nenhuma distinção foi feita entre homens e mulheres e é por essa razão que os resultados do nosso artigo são pioneiros. Em nosso estudo, observamos que em mulheres com mais de 65 anos de idade, o tempo ideal para praticar atividade física semanal para obter benefícios é de 2 horas, resultados consistentes com o artigo de revisão acima mencionado, no entanto, nos homens não foi encontrada diferença entre as horas de atividade física organizada. "(Gómez-Cabello et al., 2018, p.9)

Traduzido de Espanhol para Português de Gómez-Cabello et al., 2018, p.8-9

Nível de Evidência alcançado (se aplicável): Level 3.e – Observational study without a control group

Contributo para a questão de revisão: Este estudo evidencia a importância da atividade física, a duração e frequência com que se deverá praticar atividade física para trazer benefícios em indivíduos com mais de 65 anos, diferenciando-os por género.

Apresenta também que apesar do desempenho físico diminuir com o envelhecimento, é possível aumentar a força, agilidade, velocidade e resistência em homens e mulheres idosos, através de programas específicos e individualizados aos idosos. Estes programas são eficazes para melhorar a forma física dos idosos. E por fim, demonstra quais as consequências da não adesão à atividade física nos idosos.

Concluindo que o aumento da atividade física permite alcançar um envelhecimento saudável e reduzir o risco de doença e morte.

ARTIGOS UTILIZADOS NA SCOPING REVIEW

Asian Nursing Research 8 (2014) 118–127



Contents lists available at ScienceDirect

Asian Nursing Research

journal homepage: www.asian-nursingresearch.com

Research Article

Concept Analysis of Empowerment in Old People with Chronic Diseases Using a Hybrid Model

Zahra Fotoukian, MSc,¹ Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi, PhD,^{2,*}
Masoud Fallahi Khoshknab, PhD,¹ Easa Mohammadi, PhD³¹Department of Nursing, University of Social and Welfare Sciences, Tehran, Iran²Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social and Welfare Sciences, Tehran, Iran³Department of Nursing, Torbat Modares University, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article history:

Received 24 April 2013

Received in revised form

11 November 2013

Accepted 21 January 2014

Keywords:

aging
chronic disease
empowerment

SUMMARY

Purpose: The purpose of this study was to clarify the meaning and the nature of empowerment concept in some Iranian old people suffering from chronic diseases.**Methods:** Concept analysis was undertaken according to the hybrid model, which consists of three phases: an initial theoretical phase, a fieldwork phase and a final analytical phase. After an extensive review of the literature in order to describe the characteristics and definition of the concept, a fieldwork phase followed in order to empirically elucidate the empowerment concept in the Iranian old people with chronic diseases. In the third phase, attributes of empowerment were extracted from the first and second phases. Purposive sampling was done for 13 participants consisted of 7 old people with chronic diseases, 3 family caregivers of elderly adult with chronic disease and 3 health care providers with experience of care with elderly patients with chronic disease.**Results:** The review of literature in theoretical phase determined the attributes of the concept, including "active participation", "informed change", "knowledge to problem solve", "self-care responsibility", "presence of client competency", and "control of health or life". Fieldwork phase determined attributes such as "awareness promotion", "sense of control", "the development of personal abilities", "autonomy", and "coping". In the final analytical phase, the critical attributes of old people with chronic diseases were investigated. They included "social participation", "informed change", "awareness promotion to problem solve", "presence of client competency", and "control of health or life", "autonomy", "coping" and "the development of personal abilities".**Conclusion:** The concept analysis of empowerment showed some of the required conditions for the empowerment of older people with chronic diseases in nursing care, which have not been mentioned in the literature.

Copyright © 2014, Korean Society of Nursing Science. Published by Elsevier. All rights reserved.

Introduction

The concept of "empowerment" has become a popular terminology extensively used in the health services (Hage & Lorensen, 2005). The emergence of the concept of empowerment is when societies encountered health cost enhancement and then the government worked to reduce these costs through the transition from hospital to home care for patients and vulnerable people

(Bandura, 1994). Old people with chronic diseases, as one of the vulnerable groups due to reduced power induced by aging, need empowering for promoting health-related quality of life (QOL), and decreasing hospitalization and health costs (Shearer, Fleury, & Belyea, 2010). Empowerment of the old people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a mutual process in which human beings and their environment generate an ongoing and innovative change (Shearer, 2009).

In spite of the extensive use of the empowerment concept in aging, its applicability has been limited by the continuous ambiguity in its concept; this concept has different attributes from the different researchers' viewpoints in different disciplines (Keiffer,

* Correspondence to: Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi, PhD, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
E-mail address: f_mohammadi_2000@yahoo.com

1984). Hage and Lorensen (2005) stated that, "despite the high importance of the concept of empowerment and widespread daily use, researchers consider it to have different features, which are not clarified in all its dimensions".

Iran is one of the countries where the elderly population is growing; the population of the elderly is projected to reach 10 million by year 2019 (Annually Country Statistics, 2003). They more than any other age groups are at risk of chronic diseases and health problems; aging also affects older adults' abilities and makes them feel disabled (Ravanipour, Salehi, Taleghani, & Abedi, 2009). Evidence shows increasing prevalence rates of chronic disease among Iranian old people. It causes health problems such as the increase in hospitalization costs, hospital complications such as nosocomial infections. For this reason, the ability to obtain needed health care is a necessity for them (Fotoukian, Mohammadi-Shahboulaghi, & Fallahi Khoshkhab, 2013). On the other hand it is difficult for health care providers to meet old people's health care needs due to the increasing population of elderly patients. In Iran, health care services have been provided based on a professionalized model with paternalistic approach. In this condition patients are considered as passive agents in their own self-care, whereas in today's world, health system reforms emphasize the shifting of care responsibility from health care providers to the patients themselves. One of the solutions that could be effective is the empowerment approach.

Although there is evidence related to the empowerment interventions for old people (Joakar, Mohammadi Shahboulaghi, Khanke & Tafti, 2012; Rabiei, Mostafavi, Masoudi, & Hassanzadeh, 2013; Tol et al., 2013), little is known about the nature of empowerment, especially in the Iranian elderly population. For this reason, empowerment of old people with chronic disease is needed. However, despite the importance of this concept, there are vague definitions of "empowerment" by nurses and health care providers; this shows that the knowledge of empowerment for the elderly is not well developed. For example, Ravanipour in a qualitative study on "power" among Iranian old people extracted "awareness of personal changes", "adaptation", "independence", "satisfaction attainment", "control of life" and "self-management" as the nature of empowerment (Ravanipour, Salehi, Taleghani, & Abedi, 2008). In another study reported by Ravanipour et al. (2009), other words such as "power" were used instead of empowerment. In the study conducted by Nasiripour, Siadati, Maleki, and Nikbakht-Nasrabadi (2011), patients, on their current empowerment situation, reported "sense of competence", "sense of meaning", "feeling of self-determination", "feeling of impact" and "overall ability of patients". More studies in relation to empowerment interventions have been conducted as elderly patient education by using a quantitative method in social and cultural context of Iranian old people with chronic disease (Joakar et al., 2012; Rabiei et al., 2013; Tol et al.). Noting the consequences of empowerment (self-efficacy, well-being, and QOL promotion) for old people with chronic diseases, and considering that lack of clarification and true understanding of the empowerment concept may affect care, we conducted this study to clarify the concept of empowerment, which would give not only a better understanding of this concept, but also through distinguishing the concept's attributes, serve as a basis for developing and testing the measurement tools (Isokaanta & Johansson, 2006).

Purpose

Our main purpose in this work was to achieve an in-depth understanding of the concept of empowerment in the social and cultural context of Iranian old people with chronic diseases.

Methods

Study design

Concept analysis is a useful method for clarifying the concepts that have multiple applications and vague meanings. Considering that the empowerment concept emerged from clinical care, here we analyzed it with a hybrid model (Salsali, Mohammad-Pour, & Fakhri-Movahhedi, 2005), consisted of three phases: an initial theoretical phase, a fieldwork phase and a final analytical phase (Rodgers & Knaff, 2000). For a theoretical exploration of empowerment, the literature was reviewed by integrative review. An integrative review is a specific review method that summarizes past empirical or theoretical literature to provide a more comprehensive understanding of a particular phenomenon or healthcare problem. Well-done integrative reviews contribute to theory development, and have direct applicability to practice (Whittemore & Knaff, 2005). For finding the related articles, the databases of ScienceDirect, Elsevier, Proquest, Ovid, and Pubmed were searched using the following search terms: "empowerment and old people", "empowerment model", "empowerment program", "health empowerment", "old people" and "aging". As a result of the search, 620 citations (from 1974 until 2012) were found. As a result, 150 reviewed studies were retrieved. After reviewing, 60 articles were selected and used for the purpose of this work. In analyzing the concept of empowerment, the researchers sorted and reviewed the concept-related studies.

After an extensive review of the literature, a fieldwork phase was followed in order to empirically elucidate and explore the empowerment concept in Iranian old people with chronic diseases. Exploring in this phase involved empirical validation of the concept using a qualitative research method with a content analysis approach (Rodgers & Knaff, 2000). This phase was necessary for the concept evolution, and the qualitative data obtained from the participants' observations and in-depth interviews would help the development of cognition and insight toward the nature of the concept (Rafii, Soleimani, & Seyyed-Fatemi, 2010). In the analytic phase, data from the fieldwork phase are compared with the findings from the theoretical phase to produce a refined definition of the concept that is supported by both the literature and the participants' perspectives (Seomun, Chang, Lee, & Shin, 2006).

Setting and sample

Thirteen participants were recruited from one university hospital, located in Ramsar, a small-sized city in north Iran. Considering that empowerment is an interactional phenomenon (Aujoulat, Marcolongo, Bonadiman, & Deccache, 2008), the old people with chronic diseases, their family caregivers and health care providers were interviewed. Therefore, the participants consisted of seven old people (3 with chronic obstructive pulmonary disease [COPD], 1 with chronic heart failure [CHF] 1 with diabetes mellitus, 2 with osteoarthritis), three members of the family caregivers with the experience of living with the patients and three health care providers with a minimum experience of 5 years working with old people (1 head nurse, 1 nurse, 1 nursing instructor). The old people (4 women & 3 men) were 60 years of age and over, with disease history of over 5 years, and also in various stages of diagnosis to rehabilitation. Kinship of family caregivers is as follows: wife (1 person), and daughters (2 people).

Ethical consideration

Permission to carry out this study was given by the head of the department and the ethics committee of University of Social

Welfare and Rehabilitation Sciences. Written and informed consent was obtained from all participants in accordance with the Declaration of Helsinki that participation was voluntary and that they could withdraw at any time.

Data collection

For collecting the required clinical data, interviewing the individuals with experience of the concept of empowerment, and also field notes were used. Fieldwork phase started with clinical data gathering from old people with chronic diseases. However, given the role of family caregivers and the health care providers in empowerment, interviews were conducted with them. Purposive sampling was done for 13 participants. The participants were encouraged to talk freely and to add other reflections. A semi-structured interview guide was designed based on the literature review. The interview questions were designed regarding the participants' definitions of empowerment concept, the role of old people with chronic diseases in self-empowerment, and factors affecting empowerment. The interview began with an open question based on the main question of the study. The following questions were given to the participants: (a) Please share with me your empowerment experiences if there are any? (b) Would you describe your feeling, perspective, and thinking as you experienced them? (c) What kind of changes did you go through while having an empowerment experience? (d) What are the characteristics of empowerment in older people with chronic diseases?

Then, based on the analysis of data, more probing and follow-up questions were asked with respect to the daily experiences of empowerment. Each interview lasted for about 40 minutes. The interviews were conducted face-to-face in a private setting and audio-taped. Based on data saturation in qualitative studies, a total of 13 interviews were conducted with 13 individuals. No new themes, statements or remarks emerged during the last two interviews. Therefore, the interviewer had a clear sense of data saturation after 13 individual interviews. With their consent and also for their comfort, the majority of the interviews were conducted by participants' bedside, some at their workplace and some at their homes. The main researcher (PhD nursing student) conducted all of the interviews. The audio-taped interviews and field observations were transcribed verbatim, and the transcripts were content analyzed to identify and classify the categories within the data in relation to the research questions. Each transcript was read many times to enable the researchers to immerse. When all the data had been coded and the categories condensed, each category was assessed to determine saturation of data.

Data analysis

Research was conducted in Iranian language. The first author in conjunction with native English-language professionals translated the categories, subcategories and quotations from the participants' interviews from Persian into English. Lastly, the translation was edited by professional English editors. The data obtained from participants' descriptions and observations underwent qualitative concept analysis. Therefore, meaning units related to the aim of the study were condensed and interpreted. The codes were identified and grouped into subcategories. In the final stage, the subcategories were transformed into categories. Credibility was enhanced through the validation of emerging codes and categories in the subsequent interviews and debriefing with the project supervisors. Using member checking, peer checking and the maximum variation of sampling all attested to the conformability of the findings (Holloway & Wheeler, 2002). An independent analyst (experienced in qualitative research) reviewed a random selection of the

transcripts to distinguish the themes from the data. Differences were contested through discussion, and consensus was reached.

Results

Review of literature: Theoretical phase

Characteristics and definition of concept

Dissection of the term "empowerment" reveals that it can be defined in many ways, depending on the context of its use, which can be at an individual, organizational or community level (Tveiten & Meyer, 2009). Empowerment has its roots in the black power movement of the 1960s, and the gays' and women's rights movement of the 1970s and 1980s. Since the early 1990s increased attention has been given to the concept of empowerment. The Random House Webster's Dictionary defines "empower" as "to give official or legal power or authority to endow with the ability or to enable" (Guralnik, 2010). Interest in and attraction to the concept of empowerment can also be seen from the health-care sciences and nursing perspective, apparently stimulated by the World Health Organization's mid-1980s definition of health promotion as a process of enabling people to increase control over and improve their own skills and specialization in enabling and empowering people for self care and to maintain health (Hermansson & Martensson, 2011). In nursing, empowerment can be defined as "an interpersonal process between the nurse and the patient intended to facilitate healthy behaviors" (Isokaanta & Johansson, 2006). Hermansson and Martensson attempted to redefine and describe the process of empowerment in the midwifery context, resulting in a modification of Isokaanta and Johansson's definition. In that study (Hermansson & Martensson), empowerment was defined as an ongoing dynamic and social process of acting, creating, confirming, facilitating, listening and negotiating between the midwife and the couple, in which they develop a trustful relationship based on mutual respect and integrity. Compared to the definition of the word empowerment between nursing and other professions, Lord and Hutchison (1993), narrating from Keiffer (1984), labels the empowerment of social organizations as a developmental process, which includes four stages: entry, advancement, incorporation, and commitment. The entry stage starts with the participant's experience, referred to as an act of "provocation". The advancement stage includes three major aspects, which are important for the continuation of the empowerment process: a mentoring relationship, supportive peer relationship with a collective organization, and the development of a more critical understanding of social and political relations. The central focus of the incorporation stage is the development of consciousness. Commitment is the final stage, in which the participants apply a new participatory competence in the areas of their lives (Lord & Hutchison). From the viewpoint of Lewin and Piper (2007), empowerment is defined as "the enhancement of self-control on life". It is a positive and dynamic process that focuses on people's strengths and capabilities (Wahlin, Ek, & Idvall, 2006).

Empowerment is a pattern of welfare and well-being through which old people with chronic diseases in order to control on their life, promote their abilities by communicating with the medical team (Shearer & Reed, 2004). The role of older people with chronic diseases is informed and active participation in self care. The roles of medical teams are education and support for access to objectives, reduction of barriers, and attainment of self-care capacity (Kapella, Larson, Patel, Covey, & Berry, 2006). Despite vulnerabilities, older adults also have strengths that can be built upon to promote well-being (Shearer, 2009). Then, empowerment for old people with chronic diseases means as purposefully participating in this "process of changing oneself and one's environment, recognizing

Table 1 Attributes of Empowerment Concept in Older People with Chronic Disease

Attributes of empowerment concept	Cases of literature review
1. Active participation that values self & others	Hsueh & Yeh (2006): "The empowerment process occurs based on group dynamic." Shearer et al. (2010): "The empowerment process has been focused on relationships with others and on liberation, emancipation, energy and sharing power." Rodwell (1996): "Mutual partnership and commitment is necessary for empowering."
2. Knowledge to problem solve	Tengland (2007): "Empowerment is not only a goal, it can also be described as a process or an approach. In a fundamental way, it involves the participants in problem formulation, decision making and action."
3. Self-care acceptance, responsibility	Rodwell (1996): "A process that empowers people until they make decision and control on health." Anderson and Punnett (2010): "Empowerment helps patients in critical thinking reinforcement and informed decision making about self-care and health."
4. Informed change	Shearer & Reed (2004): "Empowerment is a mutual process in human beings and their environment that generates an ongoing and innovative change."
5. Presence of client competency	Hsueh & Yeh (2006): "Empowerment outcome is change of patient's performance." Gibson (1991): "To be empowered, individuals living with a chronic illness must be able to communicate effectively, have knowledge to problem-solve and actively participate in their care." Shearer (2007): "Empowerment emphasizes one's ability to participate knowingly in health and health care decisions." Shearer (2007): "Empowerment is associated with awareness of one's developmental strengths and abilities, as evidenced in the concepts such as asserting personal control, feeling more powerful, self-esteem and self-worth, inner-confidence, well-being and self-capacity."
6. Control on health & life	Lord & Hutchison (1993): "Empowerment is a process that people gain more control on the diverse aspects of life."

patterns, and engaging inner resources for well-being (Shearer & Reed).

The attributes from the review of the literature can be summarized as follows; "active participation", "informed change", "knowledge to problem solving", "self-care responsibility", "presence of client competency", and "control of health or life", which emerged as critical attributes from the synthesis of frequently repeated characteristics encountered in the literature (Table 1).

The first attribute "active participation" is considered essential for empowerment. The one being empowered must be willing to assume responsibility and participate in goal-setting and decision-making. However, health care professionals can find it challenging when patients participate too much, especially if patients' choices clash with practitioners' preferences (Tveiten & Meyer, 2009). The second attribute is drawn from the work of (a) Keiffer as "a process of becoming", (b) Tones as "committed to change", and (c) Shearer as "a process of purposefully participating in health change" (Keiffer, 1984; Shearer, 2007; Tones, 2001). The third attribute is "knowledge to problem solving". Thus it is not surprising that empowerment is related to knowledge. Tveiten and Meyer's study equates the empowerment process to the learning process. The fourth attribute of empowerment is "self-care responsibility". The person to be empowered "must be willing to assume responsibility, and accept behaviors that encourage empowerment" (Tveiten & Meyer). While some old people are also experts on the management of their disease, others may not wish to become experts (Dowling, Murphy, Cooney, & Casey, 2011). The fifth attribute "presence of client competency" strongly suggests that the individual has competencies to be empowered or these competencies are possible (Gibson, 1991). This focuses on helping the clients identify what is normal for them so that they can identify when they are becoming unwell and know what to do, which will effectively manage their symptoms. The sixth attribute "control of health or life" suggests that the client should be allowed to "control what degree he/she will be able to participate in the decision making" (Mok, 2001).

Consequences of empowerment

The empowerment process helps old people with chronic diseases with the development of a sense of inner strength through connection with the health care professionals. Old people also feel "personal satisfaction, self-efficacy, a sense of mastery and control, a sense of connectedness, self-development, and sense of hope" (Gibson, 1991). In conclusion, health promotion (Shearer et al.,

2010), positive self-esteem, goal attainment ability, control of life (Tengland, 2007), self-efficacy (Hsueh & Yeh, 2006), well-being attainment (Shearer et al., 2010), decreased health care costs (Clark et al., 2011), empowerment attainment (Clark et al.; Dickinson & Gregor, 2006; Kapella, et al., 2006; Shearer, 2007; Shearer et al., 2010; Walsh & Oshea, 2008), autonomy attainment and change of performance (Hsueh & Yeh) are about the outcomes of empowerment that have been confirmed in different studies. Table 2 shows a summary of the literature review and the meaning of the concept of empowerment with its attributes, antecedents and consequences.

Working definition

The definition of empowerment in old people with chronic diseases based on these critical attributes is the following:

A personal process in which old people with chronic diseases actively develop and employ the necessary knowledge, competence and confidence, also feel positive self-concept, personal satisfaction, self-efficacy, a sense of mastery, self-development, and hope for control of life and health promotion.

The process of empowerment allows the elderly patient to actively participate in his/her own treatment and plan, access vital information, and make a decision.

Fieldwork phase

The attributes of empowerment concept in old people with chronic diseases were extracted as the following: "awareness promotion", "sense of control", "development of personal abilities", "autonomy" and "coping" (Table 3). Factors (antecedents) that influenced empowerment were "social participation", "support" and "interactions with professional team members" (Table 4).

Awareness promotion

Getting old is accompanied by several changes in individuals, which influence their capabilities and abilities in various dimensions. Since there is a direct relationship between decreased health level and decreased sense of empowerment, if old people with chronic disease are aware of these changes and behave accordingly, they will become empowered via an optimal use of their abilities (Boot et al., 2005)—this is a fact mentioned by the participants of the present study. For example, an old woman with

Table 2 Some of Studies Conducted on Modeling of Empowerment

Author	Study context	Attributes	Antecedents	Consequences
Clark et al. (2011)	Exercise & health nutrition in older people		Self-efficacy, cognitive performance, self-esteem, health-related decision-making, & abilities promotion	Lowering health care costs
Dickinson & Gregor (2006)	Computer use impacts the well-being of older adults.		Face-to-face education in the empowerment program is more effective than computer use only.	Older people empowerment
Walsh & Oshea (2008)	Responding to rural social care needs that older people empower themselves, others and their community.		Third age foundation has significant role in empowerment well-being promotion.	Older people empowerment
Huuh & Yeh (2006)	An analysis of the concept of empowerment in older people	- Social participation - Informal change	Empowerment is the best strategy for motivating older people that results in self-efficacy	- Change of self & performance - Self-efficacy
Lord & Hutchinson (1993)	The process of empowerment: Implications for theory & practice	Empowerment as a developmental process, which includes four stages: entry, advancement, incorporation, and commitment.	Elements of the personal empowerment process consist of experiencing powerlessness, gaining awareness, learning new roles, initiating participation.	Empowerment process implicates for theory and practice
Rodwell (1996)	An analysis of the concept of empowerment	Partnership, mutual decision making, freedom, self-care acceptance, responsibility & the process of change	Respect, education, support, commitment & participation	Positive self-esteem, goal attainment, control of life
Shearer et al. (2009)	Health empowerment theory as a guide for practice		Personal growth, self-acceptance, having goal in life, social support & access to social services, knowledge, choice, freedom for action	Well-being attainment
Shearer et al. (2012)	Empowerment interventions for older people	Social support	Self-management, self-efficacy, change of knowledge attitude & health related behaviors	Older people empowerment
Shearer (2007)	Toward a health empowerment theory for older women		Power, abilities, personal control, self-esteem, self-worth, self-capacity & well-being	Older people empowerment
Shearer et al. (2010)	A clinical trial for health empowerment intervention in older people		Recognition of social resources, purposeful participation for goal attainment, personal growth, & raised knowledge	Health empowering, well-being & welfare
Tengland (2007)	Empowerment: a goal or a means for health promotion?	Participation in problem formulation, decision making & action, authority, freedom, knowledge, self-esteem, self-confidence, & control over health	Consciousness raising, raised knowledge, skill & quality of life promotion	Empowerment attainment, well-being & welfare

diabetes stated, "Some nurses think that since we are old, we don't understand anything. As a result, they don't teach us anything in the hospital. They don't tell us what to eat or not to eat." Based on her own experience, a nursing instructor said the following: "When an old guy asks a nurse a question about his/her problem, the nurse answers: "You ask too many [questions], then the patient is no longer encouraged to ask questions." From the perspective of an internal ward nurse, empowerment in the field of awareness and knowledge promotion is administrable in different ways and the society can empower old people through the administration of check-up and instructional courses of their diseases in medical centers. In discussing their relationship with clinical caregivers, a woman with COPD remarked: "They solve my problems, and I tell them my problems."

Sense of control

The definition of "control" is the ability or authority to manage something or to direct something in circumstances beyond our control. Control refers to maintaining, manage, have power, be in command, overcome, and handle (Encarta World English Dictionary, 2008). Usually, old people with chronic diseases lose their control

more often than others do, which harms freedom in medical decisions to promote their well being and empowerment (Zimmerman, 1995). For example, an old woman with arthritis said, "When you are forced and you don't have any help, you yourself do your work." A woman with CHF stated, "I love my friends, neighbors and the nurses working in this ward. They love me too." The daughter of an old woman with CHF said, "If I am on a trip, and absent for several days, mommy can manage it by herself. She knows what is good and what is bad for her and she will encounter no problem." Having control over oneself to pursue desired goals until achieving them was very important, according to many elderly participating in the present work. They also tried to keep their general information updated. An old man with diabetes mellitus said, "I try to keep my presence in the society by being informed about the latest news. So, when the others are talking about some events, I will be able to state appropriate ideas."

Development of personal abilities

Getting old is along with many changes in the individuals, which influence their capacity and ability in various dimensions. Since there is a direct relationship between decreased health and

Table 3 Attributes Extracted from Fieldwork Phase

Categories	Subcategories
Sense of control on life	–
Development of personal abilities	– Physical ability – Psychological ability – Economic ability – Spiritual ability
Awareness promotion	– Self-care – Recognition of disease & management – Partnership in education process
Autonomy	–
Coping	–

decreased sense of empowerment, if people are aware of these changes and behave accordingly, they will become empowered via an optimal use of their abilities. In some studies, these abilities are called "personal resources", which include physical, social, spiritual and mental abilities. For example, an old man with COPD stated, "If I receive a monthly payment of 200 thousand Tomans, I will need nobody's help. I will travel and I can buy foreign sprays. I will no longer be nervous to smoke cigarettes." An old woman with CHF declared that increased tendency to spiritual affairs especially worshipping, saying prayers, and attending religious ceremonies is influential in her empowerment. An old woman with diabetes mellitus stated, "I didn't worry about anything though I had no money left. With God, nothing was impossible as I confronted difficult problems or situations."

Autonomy

One of the concepts derived from the data was "autonomy", which was related to the sense of empowerment in the participants. Evidence suggests that old people feel that autonomy is important for good QOL (Edwards, Staniszewska, & Crichton, 2004). As an example, an old woman with COPD stated, "Empowerment means that you are not dependent on anybody; you can do everything by yourself." Older people living in long-stay care represent a unique group of people largely because care is provided in their place of residence. However, it is apparent that their level of autonomy is often eroded in the very place which they call home. Murphy (2007) believes increased levels of autonomy lead to increased levels of resident satisfaction, and thus contributes overall to the resident's QOL. An old man with osteoarthritis believed that "You can't be empowered when someone else performs your job." One old woman with osteoarthritis stated her sense of empowerment as, "I remember opening up the medicine cabinet, I looked at different pain medications, and throw them all in the garbage; I said to myself: No, this is not the way. I can't be living on all these drugs because they are going to kill my kidneys, my liver."

Coping

Coping was another factor that affected the process of empowerment in Iranian elders with chronic diseases. Coping as a

concept provides a psychological construct that includes behavioral and cognitive events; it also permits a prescription for learning by the patient, and helps to distinguish successful from unsuccessful patients (Seomun et al., 2006). The more adapted the elderly patients were in their new situation, the more control they had in their empowerment process. Then they would apply some coping mechanisms in order to modify their surrounding, and adjust to the new conditions. An old man with COPD said, "It is obvious that an older person is not able to change the environment to become like the environment of his/her young age; so they should be content to the existing situation." The informants used different strategies to adapt to situations resulting from aging and disease, and all reached a more or less psychological balance with the results of their self-efficacy in coping and handling the situations.

Features derived from the review of the literature and fieldwork

"Social participation", "informed change", "awareness promotion in problem solving", "self-care responsibility", "presence of client competency", "control of health or life", "autonomy", "coping" and "development of personal abilities" are the attributes/themes derived from the concept of empowerment in old people with chronic diseases.

Practical definition

The definition of empowerment in old people with chronic diseases based on these critical attributes is having informed changes together with awareness promotion related to self-care activities, coping, and having the ability and competency of disease management independently in order to feel in control over one's life.

Discussion

Because of the importance of empowerment in old people with chronic diseases, the concept analysis approach was used in this work to clarify and elucidate the concept of empowerment. Data analysis revealed five attributes for empowerment, "awareness promotion", "sense of control on life", "development of personal abilities", "autonomy", and "coping".

One of the attributes of the empowerment was "awareness promotion", which was put forward as a theme by most of the participants. In other words, in defining the concept of empowerment and the techniques of becoming empowered, the participants introduced appropriate and fundamental instructions essential for achieving empowerment, and considered awareness as equivalent to empowerment. Older people with chronic diseases require self-awareness to engage in the empowerment process (Dowling et al., 2011). This attribute is the same as "knowledge to problem solve" extracted from other studies (Tengland, 2007). Accordingly, King and Calasanti (2006) suggested that valid and suitable instruction on appropriate lifestyle helps the promotion of physical and spiritual empowerment in old people. In the same field the reported results of investigations conducted by Nasiripour et al. (2011) showed providing the needed resources for the patient, responding to patients' questions, and training in self care were the most useful empowerment strategies for patients in the Iranian hospital. Health empowerment emphasizes facilitating one's awareness of the ability to participate knowingly in health and health care decisions (Shearer, 2009).

Data analysis also showed that some of the attributes achieved in the fieldwork phase are compatible with those of the theoretical phase and another study conducted in Iranian elders. (Ravanipour et al., 2009) include the following: "sense of control on life" and "self-care responsibility". Usually, old people with chronic diseases lose their control of life more often than others do, which harms

Table 4 Influencing Factors on Empowerment

Categories	Subcategories
Social participation	– Social participation – Partnership in peer group – Partnership in leisure programs
Support	– Support of family – Support of organizations agents
Interactions with professional member team	–

freedom in medical decisions to promote their well-being and empowerment. In a study conducted on Iranian elderly, Ravanipour et al. (2009) reported that the main structure of empowerment is "the perceived sense of control in life and satisfaction", consistent with our findings. Meanwhile in the study conducted by Rodwell (1996), "self-care responsibility" as an attribute and "control over one's life" as a consequence of empowerment was identified. A review of the literature suggests that a prerequisite of control of life is to be able to take care of self. Therefore, if old people have an adequate understanding of self-care abilities and a sense of possession, they will have a higher sense of empowerment. Shearer (2007) pointed out that empowerment is a process that provides mutual participation between old person and the society in order to achieve control on health, self-care acceptance, self-efficacy and the promotion of life quality. It is fundamental to the self-management of any chronic disease in the elderly. It shapes how those living with a chronic disease view their illness and approach their involvement in self-care (Dowling et al., 2011).

The patient's willingness and tendency also play an important role in empowerment, which is influenced by his/her abilities; this research uses the attribute of "development of personal abilities", while in some studies, these abilities have been interpreted as "personal resources" (Dickinson & Gregor, 2006), including "physical, economic, spiritual and mental abilities". In the present study, given the extracted codes, it seems that the attribute of "development of personal abilities" is more appropriate. Personal abilities incorporate all human dimensions and include physical, social, mental, economic and spiritual abilities. In the studies that introduce personal ability as an empowerment instrument, personal ability is regarded as equal to self-competence, that is, one can be empowered by becoming self-competent. In this regard, Kinch and Jakubec (2004) believed that dependence resulting from physical weakness leads to the lack of cognition and to care reliance, and can have negative effects on empowerment in older people. Moreover, religion and religious beliefs reinforce the old patient relationship with the society (Kinch & Jakubec). In the study conducted by Ravanipour et al. (2009), the satisfaction of spiritual needs, attendance in society helps to allow greater social participation. In the present study, a number of older people also said that increased tendency to spirituality, especially to worship and prayers, conveys to them a sense of empowerment.

One of the other extracted attributes in this study was "autonomy". Since most of the participants in this study emphasized the ability of autonomous performance of jobs, this theme was created. For example, an old woman with arthritis said, "My hands ache; that's why I can't do my chores by my own". Some informants found themselves incapable of solving their problems, and tried to get help from other people till the situations are resolved. In today's world, it is suggested that patients should have autonomy to make rational decisions on their treatment; they should also take responsibility for their own care and know that they need autonomy to control the disease and to live with it. This finding is compatible with the results of Tengland (2007), who introduced autonomy as a feature of empowerment. In a study by Ravanipour et al. (2009), the main categories that emerged from empowerment in Iranian old people, included the following: independence, coping, perceived self ability, role playing, and mastery/owning. The results of a study by Nasiripour et al. (2011) showed that empowerment provides an opportunity for the Iranian patients to increase their independence and have more participation in the care for themselves. Ben Natan (2008) believed that, the incidence of chronic diseases limits old people's activities with aging. In order to prevent dependence, empowerment programs are needed.

Another attribute was "coping". This finding is harmonious with the results of Ravanipour et al. (2009), who introduced coping as a

feature of empowerment. In other studies, coping was considered as the consequence of empowerment programs (Shearer et al., 2012). In the current study, it was extracted as the attribute of empowerment. In some contexts it could also be seen as representing an appropriate adaptation to a way of life. For example, in a study conducted by Pinnock et al. (2011), "acceptance of COPD as 'a way of life'" was extracted. It was a sense of acceptance and coping in the face of severe disease and social difficulties.

"Active participation" was another attribute derived from the review of the literature. In this study, however, the analysis of open codes did not reveal this feature. Therefore, this feature should be considered in the empowerment programs for old people with chronic diseases with respect to the fact that, in the review of the literature, choosing correctly and autonomous decision-making are the features of empowerment. The one being empowered must be willing to assume responsibility and participate in goal-setting and decision-making (Dickinson & Gregor, 2006; Tengland, 2007). Noting the difference between cultures, and considering this study was done in the context of Iranian old people, autonomous decision making was not extracted from the participants' experiences. But this finding is not compatible with the investigation conducted by Nasiripour et al. (2011), which demonstrated that nurses provided the needed resources for the Iranian patients' participation in their self-care process.

"Informed change" is another theme extracted from the literature review. This theme was not extracted from our data. In a study developed by Ravanipour et al. (2009), "being aware of personal changes" emerged from the results. Shearer (2007) described the empowerment process as the following: "Empowerment is a mutual process in human beings and their environment that generates an ongoing and innovative change". Hsueh and Yeh (2006) stated the following: "Empowerment outcome is a change of patient's performance." Older people see themselves as having an important role in changing their life (The Audit Commission and National Health Service in England and Wales, 2004).

"Presence of client competency" was another attribute derived from the review of the literature. The reported results of investigations conducted by Nasiripour showed that patients in Iranian social security organization hospitals are highly competent in their self-care and feeling of meaning, in spite of that declaration; they considered their empowerment status to be at a moderate level (Nasiripour et al., 2011). This finding confirms the result of our study. Empowerment strongly suggests that "the individual has conditions to be empowered". To be empowered, the elderly living with a chronic disease must be able to communicate effectively, have knowledge to problem-solve, and actively participate in their care. Empowerment will focus on helping older people identify what is normal for them so that they can identify when they are becoming unwell and know what to do in order to effectively manage their symptoms (Dowling et al., 2011). Furthermore, in the clinical work phase, it was found that, despite the fact that some older patients had a background of a 5-year diabetes, they did not have any information on the disease or its nature and treatment so that if they were asked about the disease, they did not know its main causes. For example, an old man with COPD explained his hospitalization as for having a cold and a lung infection. In a case of field observation, an elderly patient with COPD did not use the spray according to the standard principles. Also most of the participants mentioned the lack of awareness as one of the barriers to their empowerment. It has been argued that clients need knowledge and ability to problem-solve for the process of empowerment to evolve (Dowling et al.). This is further revealed in a qualitative study by Shearer (2007) where old homebound women expressed the acute awareness of their need to stay positive through self-talk.

Influencing factors on empowerment

Factors (antecedents) influencing empowerment include social participation, support, and interactions with professional team members. (Table 4)

Social participation

One antecedent emerged from the data analysis was "social participation", which incorporates the subcategories of "interaction with friends and relatives", "participation in recreational and cultural programs", and "interaction with peers". Dickinson and Gregor (2006) stated that the process of empowerment concentrates on communication with others. According to Hsueh and Yeh (2006), the process of empowerment is administered on the basis of group dynamics in group activities, which results in more vivid cooperation of people with one another. For example, an old woman with diabetes said, "I'd like to communicate with my old friends and relatives; this is the peace of my soul." Also, one essential competency for empowerment is the ability to communicate effectively. The process of empowerment takes place in a context, which includes interactions with others. Positive interactions with others are encouraging, strengthening and edifying. For example, the daughter of an old patient with CHF believed that to become empowered, it is necessary that the elderly patients with chronic disease have social participation: "When I take my mother to a party or to the beach, she feels that she is in the heavens, or when she communicates with her friends, she learns new things from their words".

Support

This antecedent is raised by most of the participants because of old people's needs for family and supportive organizations, and it included the two subcategories, "organizational support" and "family support" based on the extracted code. Supporting systems is very important in old age (Ravanipour, Salehi, Taleghani, & Abedi, 2008). In this regard, the chief of nurses in the internal ward said the following: "I believe that associations play an important role." For the participants of this study, family and organizational support played an important role in the empowerment of older people. "Family support" played an important part in the empowerment of the elderly with chronic diseases. Among the most important needs expressed by the participants, emphasis should be put on the need for respect, love and the presence of a partner. As an older individual with CHF stated, "May God bless my husband. If he were alive, everything would be better now." In other studies, family and cultural groups were considered as the instruments to access medical services for empowerment. For example, a nurse said,

It happened very often that we told the patients how to use the spray or how to inject the insulin. They said, "We don't know", and evaded learning. Then they told me to tell their company to do that for them upon their arrival; I want to say that empowerment of old people is not possible without the presence of the family.

In acknowledging support from others, all of the participants spoke of the role of their families. They talked about both the tangible aid their families gave to them as well as the emotional support offered through their frequent telephone conversations with the family members, especially with their daughters. The daughter of an old patient with CHF stated, "If her daughter-in-law, her daughter-in-law, grandchildren or son show disrespect for her, it will have a negative influence on my mother's spirits. On the contrary, respect and even a phone call to her will make her forget her disease." Family support in Iranian elders with chronic diseases

is an important subject; in a study titled, "The effect of family-based intervention on empowerment of the elders" indicated that family-based empowerment model significantly increased QOL in the elders (Rabiei et al., 2013).

Organizational support is one of the other influencing factors in empowerment, which is noted in the findings of others (e.g., Ravanipour, Salehi, Taleghani, Abedi, & Schuurmans, 2008). Shearer et al. (2010) says, "Social resources help with the promotion of health related empowerment by providing support and constant accessibility." Capabilities of support resources include, "information provision", "promotion of knowledge", and "encouragement for the expression of feelings" (Shearer et al., 2010). Although for the participants of this study, the support of family and cultural groups also played an important role in the empowerment of older people, family support contributed more importantly than cultural groups did in empowerment. The difference between this study and other studies is attributed to the research community and cultural differences because old people with chronic diseases, especially in the Iranian society, are dependent on family and many of their problems can be resolved with family support.

Interactions with professional team members

Inappropriate interaction between the medical team and old people with chronic diseases was considered a barrier to the empowerment of the patients. The reason was stated by the participants to be the age difference between the treatment team, especially the nurses, and patients. A nursing instructor said, "The first one to encounter the patients is the physician; he/she has to tell the patients about the disease, the foods they should or should not take, the kind and amount of activities permitted or not permitted, and the dangers of smoking. Unfortunately, the physicians do not allocate enough time for the patients. Now, nursing shifts are mostly full of young nurses who neither communicate with older patients nor allocate any time for them". This finding is not in line with the results of from Nasiripour et al. (2011), in which nurses use six strategies to empower Iranian patients. One of these strategies was "good communication". Therefore, good communication between nurses and the elder patients is essentially considered a type of partnership (Paterson, 2001) which can provide the elderly patient with the right to choose the type of treatment according to their effectiveness in the treatment process.

In empowerment process, nurturing trust and reciprocity between the nurse and old people is essential (Dowling et al., 2011). However, the findings reported by Tveiten and Meyer (2009) revealed that health care professionals may have difficulties in acknowledging old patients as experts in view of interesting factors such as old patients' mental and physical conditions, and previous experience. The nurses need the competence in listening to the older patient and to be willing to respect his or her experiences, values, and interests as well as the experiences of the disabilities if the nurses want to facilitate the empowerment of older patients (Hage & Lorensen, 2005).

Limitations

This study was conducted to clarify the meaning and the nature of empowerment concept in Iranian old people suffering from chronic diseases. In the meantime, this is a complex concept within the context of nursing care, which requires further study within the social and cultural contexts of the health care of old people with chronic diseases. In addition, the contents of the interview focused on old women with chronic disease. Because quotes of interest were expressed by the old women, we have used more of their quotes. Because old women with chronic disease did not

adequately represent the whole elderly population, this is seen as a limitation of the study.

Implications

Empowerment is fundamental to the self-management of any chronic disease, and is important for both the nurses and the elderly. Both nurses and older people require skills and self-awareness to engage in the empowerment process. The nurses need to communicate effectively and focus on the old people's goals. The elderly need a willingness to engage in change and actively engage with the empowerment process. The elderly also need to have adequate knowledge and problem-solving skills. Perhaps, the first step in the empowerment process in older people with chronic diseases is the allocation of sufficient time for the older patient and his/her family, and the surrendering of control of the medical team. To surrender control, nurses must remember that the elderly with chronic diseases are experts who know how the disease affects them and how they live within the limitations imposed by their condition. Nevertheless, with self-awareness of any power over the elderly, nurses can attempt to relinquish this power in their efforts to assume a relationship of equality with their elderly clients.

Conclusions

The attributes of the concept of empowerment in old people with chronic diseases were identified in the research findings. This provided for the evaluation and the use of this concept in the health care of older people with chronic diseases. Moreover, identification of preventive and facilitating factors in the concept of empowerment helps the medical team and the authorities properly actualize empowerment with an insight based on scientific findings. These findings can be a baseline for future research in developing effective health interventions such as developing a nursing model for increasing empowerment in the elderly in Iran. Such a model can provide a strong basis for nursing care. This study aimed to achieve a deeper understanding of the concept of empowerment in Iranian elderly with chronic disease so that one can develop health care strategies for empowerment that is culturally appropriate.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgment

The cooperation of all participants in the accomplishment of this research is highly appreciated. This research is part of the first author's doctoral dissertation.

References

Anderson, R. M., & Furnell, M. M. (2000). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 43(3), 277–282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcc.2000.07.005>

Annually Country Statistics. (2003). Tehran: Management and planning organization (pp. 52–55). Tehran, Iran: Iranian Statistical Center.

Azoulat, I., Marcolongo, R., Bonafiman, L., & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and control. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1228–1239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.034>

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 71–81). New York: Academic Press.

Ben Natan, M. (2008). Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *International Journal of Nursing Practice*, 14(3), 195–199. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1729.2008.00687.x>

Boat, C. E. L., Joost, W. J., Galder, V. D., Vercoelen, J. H. M. M., Bart, H. W., Boens, V. D., et al. (2005). Knowledge about asthma and COPD: Associations with sick leave, health complaints, functional limitations, adaptation, and perceived control. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 101–109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcc.2004.10.007>

Clark, R. H. G., Blaxter, B. J., Greene, G. W., Lees, F. D., Riebe, D. A., & Stamm, K. E. (2011). Maintaining exercise and healthful eating in older adults: The SENIOR project 2: Study design and methodology. *Contemporary Clinical Trials*, 32(1), 129–139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2010.10.002>

Dickinson, A., & Gregor, P. (2006). Computer use has no demonstrated impact on the well-being of older adults. *International Journal of Human-Computer Studies*, 64(4), 744–753. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhcs.2006.03.001>

Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A., & Casey, D. (2011). A Concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4), 476–487. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.00123.x>

Edwards, C., & Staniszewska, S. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health and Illness*, 26(2), 150–183. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00385.x>

Encarta World English Dictionary (North America ed.) (2000). Retrieved July 26, 2008, from http://encarta.msn.com/dictionary/_control.htm

Fotoukian, Z., Mohammadi Shaboulaghi, F., & Fallahi Khoshdel, M. (2013). Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A literature review. *Journal of Health Promotion Management*, 2(4), 65–76. (in Persian)

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 10(3), 354–361. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01600.x>

Guralnik, D. B. (2000). *Webster's new world dictionary of the language* (3rd ed.). New York: Simon and Schuster Company.

Haga, A. M., & Lovrensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment: The fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6(4), 235–246. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-789X.2005.00231.x>

Herrmannson, E., & Marienasson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context: A concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811–816. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midu.2010.08.005>

Holloway, L., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research for nurses* (2nd ed.). London: Blackwell Science.

Huseh, M. N., & Yeh, M. L. (2006). A conceptual analysis of the process of empowering the elderly at the community level. *Nu Li Zi Zhi*, 53(2), 5–10.

Isokanta, V., & Johansson, A. (2006). Empowerment nursing: Experiences of empowerment and disempowerment made by patients in need of long term nursing. Research Thesis (pp. 4–23). Göteborg University-Institute of Health and Care Sciences, Sweden. Available from: <https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/658/1/Empowerment%20nursing.pdf>

Joukar, Z., Mohammadi Shaboulaghi, F., Khosravi, H. R., & Tahfi, S. (2012). Effects of pulmonary rehabilitation home-based on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Unpublished master's thesis, Welfare and Rehabilitation University, Tehran, Iran.

Kapella, M., Larson, J., Patel, M., Covey, M., & Berry, J. (2006). Subjective fatigue, influencing variables, and consequences in chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Research*, 55(1), 10–17.

Keiffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Promotion in Human Services*, 3(2–3), 9–36. <http://dx.doi.org/10.1100/j.0193-0102.03>

Kinch, J. L., & Jakubec, S. (2004). Out of the multiple margins: Older women managing their health care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 90–108.

King, N., & Calzavara, T. (2006). Empowering the old: Critical gerontology and anti-aging in a global context. In J. Baars, D. Eisenberg, C. Phillips, & A. Walker (Eds.), *Aging, globalization, and inequality: The new critical gerontology* (pp. 139–157). Amityville, NY: Baywood Publishing.

Lewis, D., & Piper, S. (2007). Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(2), 81–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2006.06.003>

Lord, J., & Hutchison, P. (1993). The process of empowerment: Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12(1), 5–22.

Mok, E. (2001). Empowerment of cancer patients: From a Chinese perspective. *Nursing Ethics*, 8(1), 69–76. <http://dx.doi.org/10.1177/096973300100800108>

Murphy, K. (2007). Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 873–884.

Nastripour, A. A., Sadiqi, S. A., Maleki, M. R., & Nikbakht-Nasrabadi, A. (2011). Towards a comprehensive model of patient empowerment through nursing strategies: A study in Iranian hospitals. *World Applied Sciences Journal*, 14(3), 408–413.

Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 574–581. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01780.x>

Pinnock, H., Kendall, M., Murray, S., Worth, A., Levack, P., Porter, M., et al. (2011). Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: Multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMC*, 34(2)(142), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-14-2>

Rabiei, L., Mostafaei, F., Masouli, R., & Hassanzadeh, A. (2013). The effect of family-based intervention on empowerment of the elders. *Journal of Education and Health Promotion*, 2(24). <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.112700>

Rafi, F., Soleimani, M., & Seyed-Tajmeh, N. (2000). Concept analysis of participation of patient with chronic disease: Use of hybrid model. *Iran Journal of Nursing*, 23(67), 35–48.

- Kavanipour, M., Salehi, S., Taleghani, F., & Abedi, H. A. (2008). Sense of power among older people in Iran. *Educational Gerontology, 34*(10), 923–938. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270802343747>
- Kavanipour, M., Salehi, S., Taleghani, F., & Abedi, H. A. (2009). Power in old age: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14*(4), 447–453.
- Kavanipour, M., Salehi, S., Taleghani, F., Abedi, H. A., & Schuurmans, M. J. (2008). Power in Iranian elders: Barriers and facilitators. *Psychogeriatrics Polska, 5*(3), 115–122.
- Rodgers, B. L., & Knaff, K. A. (2000). *Concept development in nursing: Foundation, techniques and application* (2nd ed.) (pp. 120–161). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 23*(2), 305–313. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02672.x>
- Sakali, M., Mohammad-Pour, A., & Fakhri-Movahhedi, A. (2006). *Principles and methods of concept development* (1st ed.). Tehran, Iran: Boshca Publishers.
- Seaman, G. A., Chang, S. O., Lee, P. S., Lee, S. J., & Shin, H. J. (2006). Concept analysis of coping with arthritis pain by South Korean older adults: Development of hybrid model. *Nursing Health Science, 8*(1), 10–19. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2006.00262.x>
- Shearer, N. B. C. (2007). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(12), 38–45.
- Shearer, N. B. C. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric Nursing, 30*(Suppl 1), 4–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>
- Shearer, N. B. C., Fleury, J. K., & Belyva, M. (2010). Randomized Control Trial of the Health Empowerment Intervention: Feasibility and Impact. *Nursing Research, 55*(3), 203–211.
- Shearer, N. B. C., & Reed, F. G. (2004). Empowerment: reformulation of a non-Rogerian concept. *Nursing Science Quarterly, 17*(3), 253–259. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318404266325>
- Shearer, N., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A. M. (2012). Empowerment interventions for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research, 34*(1), 24–51.
- Tengland, P. A. (2007). Empowerment: a goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy, 10*(2), 197–207. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-006-9027-1>
- The Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales, (2004). *Older people independence and well-being. The challenge for public services*. Loughton, UK: CW Print.
- Tol, A., Bagharian, A., Mohabbati, B., Shojanizadeh, D., Azam, K., Esmaili Shahmirzadi, S., et al. (2013). Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders, 12*, 6. <http://dx.doi.org/10.1186/2251-6581-12-6>
- Tones, K. (2001). The empowerment imperative. In A. Scriven, & J. Orme (Eds.), *Health promotion: Professional perspectives* (pp. 3–18). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Tveiten, S., & Meyer, I. (2009). Easier said than done: Empowering dialogue with patients at the pain clinic—the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management, 17*(7), 804–812. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00923.x>
- Wahlén, I., Ek, A. C., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care: An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing, 22*(6), 370–377. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2006.05.003>
- Wahle, K., & Ohsa, E. (2006). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community. *Health and Place, 14*(4), 795–805. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.12.006>
- Whittemore, R., & Knaff, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546–553. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581–598. <http://dx.doi.org/10.1007/bf02596983>

ORIGINAL BREVE

Recibido: 28 de agosto de 2017
 Aceptado: 17 de febrero de 2018
 Publicado: 27 de marzo de 2018

LA ACTIVIDAD FÍSICA ORGANIZADA EN LAS PERSONAS MAYORES, UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CONDICIÓN FÍSICA EN LA SENECTUD(*)

Alba Gómez-Cabello (1,2,3,4,5), Sara Vila-Maldonado (5,6), Raquel Pedrero-Chamizo (7), José Gerardo Villa-Vicente (8), Narcís Gusi (9), Luis Espino (10), Marcela González-Gross (7), José Antonio Casajús (2,3,4), Ignacio Ara (5,6).

- (1) Centro Universitario de la Defensa. Zaragoza. España.
 (2) GENUD (Growth, Exercise, Nutrition and Development) Research Group. Universidad de Zaragoza. España.
 (3) Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROhn). España.
 (4) Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2). España.
 (5) CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES). España.
 (6) Grupo de Investigación GENUD Toledo. Universidad de Castilla la Mancha. Toledo. España.
 (7) ImFINE Research Group. Departamento de Salud y Rendimiento Humano. Universidad Politécnica de Madrid. España.
 (8) Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León. España.
 (9) Universidad de Extremadura. Cáceres. España.
 (10) Unidad de Medicina del Deporte. Cabildo de Gran Canaria. España.

(*) Financiación: El estudio multi-céntrico EXERNET para la evaluación de la condición física en personas mayores ha sido financiado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales IMSERSO (104/07), la Universidad de Zaragoza (UZ 2008-BIO-01), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-IMSERSO (147/11), el Centro Universitario de la Defensa de Zaragoza (UZCUD2016-BIO-01), el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (DEP2016-78309-R) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES).

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos. Un nivel adecuado de condición física (CF) es fundamental para el logro de un envejecimiento saludable. El objetivo de este estudio consistió en evaluar el impacto de la actividad física (AF) organizada y el número de horas de práctica sobre el nivel de CF de las personas mayores.

Método. En el estudio participaron 3104 personas mayores de 65 años de España, pertenecientes al Proyecto Multicéntrico EXERNET (722 hombres y 2382 mujeres; edad med: 72,1±5,3 años). La CF se evaluó mediante 8 test específicos para esta población. La participación en AF organizada se registró mediante un cuestionario. Las diferencias en la CF en función de la práctica y número de horas de AF se midieron con ANCOVA ajustando por edad, horas de caminar y de estar sentado.

Resultados. Aquellos que no participaban en este tipo de actividad incrementaban su riesgo de tener un nivel bajo de CF en la mayoría de las variables evaluadas, observándose algunas diferencias entre sexos (OR: desde 1,6 hasta 2,6 en hombres y desde 1,4 hasta 2,2 en mujeres). En los hombres no se observó ninguna diferencia significativa entre practicar menos de 2, 2-4 o más de 4 horas (todas P>0,05), a excepción de la fuerza del brazo izquierdo; sin embargo, las mujeres que realizaban más de 2 horas de AF organizada a la semana tenían mayor equilibrio, fuerza de piernas y de brazos, flexibilidad de piernas, velocidad al caminar y resistencia aeróbica que aquellas que asistían a este tipo de sesiones menos de 2 horas a la semana (P<0,05).

Conclusiones. La práctica de AF organizada produce un efecto beneficioso sobre la CF de las personas mayores independientemente de la edad, las horas que están sentados o el tiempo que dedican a caminar.

Palabras clave. Condición física, Ejercicio, Envejecimiento, Salud, Estilo de vida saludable, Personas mayores, Ancianos frágiles, Calidad de vida, Resistencia física, Fuerza muscular.

Correspondencia

Alba Gómez-Cabello
 Centro Universitario de la Defensa (CUD),
 Academia General Militar,
 Ctra de Huesca s/n,
 50090 Zaragoza
 agomez@amirar.es

ABSTRACT

Organized physical activity in the elderly, a tool to improve physical fitness during ageing

Background. An adequate level of fitness is critical to achieving healthy ageing. The aim of this study was to evaluate the impact of organized physical activity (PA) and the number of hours of practice on the fitness levels of the elderly.

Method. A total of 3104 people over 65 years old from Spain, belonging to the EXERNET Multicenter Project (722 men and 2382 women, mean age: 72.1 ± 5.3 years) participated in the study. Fitness was evaluated by 8 specific tests for this population. Participation in organized PA was recorded through a questionnaire. Differences in fitness values depending on the participation in PA and the number of hours were measured with ANCOVA adjusting for age, hours of walking and sitting time.

Results. Those who did not participate in this type of activity increased their risk of having a low level of fitness in most variables evaluated, with some differences between sexes (OR: from 1.6 to 2.6 in men and from 1.4 to 2.2 in women). In men, no significant differences were observed between practicing less than 2, 2-4 or more than 4 hours (P>0,05), with an exception in the strength of the left arm. However, women who performed more than 2 hours a week in organized PA had better balance, strength of lower and upper extremities, flexibility of lower extremities, walking speed and aerobic capacity than those who performed less than 2 hours of PA a week (P<0,05).

Conclusions. The practice of organized PA produces a beneficial effect on the fitness of the elderly regardless of age, hours of walking and time sitting per day.

Key words. Physical fitness, Exercise, Ageing, Health, Healthy lifestyle, Aged, Frail elderly, Quality of life, Physical endurance, Muscle strength.

Cita sugerida: Gómez-Cabello A, Vila-Maldonado S, Pedrero-Chamizo R, Villa-Vicente JG, Gusi N, Espino L, González-Gross M, Casajús JA, Ara I. La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:27 de marzo. e201803013.

INTRODUCCIÓN

Tal y como muestran los últimos informes del Instituto Nacional de Estadística, en la actualidad España está sufriendo un acusado envejecimiento demográfico debido principalmente a un descenso de la natalidad y a un aumento de la esperanza de vida, que hoy en día supera los 80 años para los hombres y los 85 para las mujeres⁽¹⁾.

En el año 2013 el 18% de la población española estaba compuesta por personas con una edad superior a los 65 años, lo que supone un incremento del 4% en los últimos 8 años y sitúa a España entre los países desarrollados con mayor aumento de personas de edad avanzada. Además, de mantenerse las tendencias demográficas actuales, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasaría a ser del 24,9% en el año 2029 y del 38,7% en el 2064, año en el que la esperanza de vida de los hombres superaría los 91 años y la de las mujeres casi alcanzaría los 95⁽²⁾. El panorama demográfico futuro presenta, por tanto, una sociedad en la que más de un tercio de la población estará compuesto por personas de edad avanzada.

A medida que aumenta el número de personas mayores en nuestro país, surge la necesidad de prestar más atención a los requerimientos específicos de este grupo de población con el fin de conseguir un envejecimiento más saludable, ya que, tal y como se indica en el documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el envejecimiento mundial es un logro pero a su vez también un desafío, que está provocando importantes cambios sociales y políticos e impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los niveles y, en concreto, a los sistemas sanitarios⁽³⁾.

Actualmente se conoce que la promoción de la actividad física (AF) regular en la infancia, la etapa adulta y la senectud, es una de las claves para poder tener una buena salud a

lo largo de la vida y, por este motivo, el ejercicio físico se considera una de las principales medidas no farmacéuticas propuestas a los sujetos de mayor edad. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), consciente del papel de la AF en este grupo de población, definió a finales de los años 90 el concepto de envejecimiento activo, como "el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen"⁽⁴⁾. En relación al envejecimiento saludable, la función física o condición física es un elemento crucial, ya que un deterioro de la misma suele preceder a la fragilidad y a la dependencia funcional⁽⁵⁾. De hecho, según un reciente estudio publicado por Lin y cols.⁽⁶⁾, en el año 2016, algunos parámetros de la condición física, como la resistencia aeróbica, la movilidad, la fuerza muscular o el equilibrio se asociaban con un envejecimiento más saludable. Por este motivo, detectar el deterioro precoz de estas capacidades y determinar qué tipo de actividades ayudan a mejorar esta función, serán aspectos de gran relevancia para los organismos de salud pública con el objetivo de diseñar estrategias poblacionales que permitan conseguir un envejecimiento más satisfactorio.

Los beneficios asociados a la AF moderada regular son muy numerosos, tal y como se muestra en las revisiones realizadas por Vogel y cols.⁽⁷⁾, en el año 2009 y Reiner y cols.⁽⁸⁾, en el año 2013. Entre los principales efectos positivos se encuentra una reducción de la mortalidad total entre las personas mayores, la prevención primaria de la enfermedad coronaria y un beneficio significativo en el perfil lipídico. También se sabe que ayuda a mejorar la composición corporal a través de una reducción del exceso de grasa corporal, contribuye a la reducción de la presión sanguínea, a la prevención de accidentes cerebrovasculares y de la diabetes tipo 2 o incluso ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (especialmente el de mama y colon), aumenta la densidad ósea y disminuye el riesgo de caídas.

La importancia de la AF sobre tantos aspectos de salud hace que algunos investigadores hablen de esta como una “poli-píldora”, ya que a día de hoy no existe ningún fármaco capaz de actuar sobre tantos aspectos de salud y que al mismo tiempo tenga tan pocos efectos adversos⁽⁹⁾.

Con el fin de proporcionar unas guías específicas sobre la cantidad y tipo de AF que se debe realizar semanalmente para mejorar la salud, diversos organismos a nivel internacional han establecido una serie de recomendaciones, que en este grupo de población se basan en la práctica de 150 minutos de actividad de intensidad moderada en bloques de mínimo 10 minutos, acompañados preferiblemente de al menos dos días de actividades de fortalecimiento muscular⁽¹⁰⁾.

A pesar de que el conocimiento sobre los beneficios de la AF sobre la salud es cada vez mayor, todavía existe un gran nivel de inactividad en nuestro país que afecta en especial a las personas mayores. Concretamente, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicados en la Encuesta Nacional de Salud “España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio”⁽¹¹⁾, en España cuatro de cada diez personas se declaran sedentarias en su tiempo libre y el 44,4% de la población mayor de 15 años afirma que no hace ejercicio y que ocupa su tiempo de ocio de forma casi completamente sedentaria, cifras que son más elevadas en las mujeres y que aumentan conforme se incrementa la edad hasta alcanzar un 56,2% de inactividad entre las personas de 75 a 84 años y más del 76,9% entre los mayores de 85. En relación a las recomendaciones propuestas por la OMS, en España, el 33,6% de los ciudadanos de 18 a 69 años (31,3% hombres y 35,8% mujeres), no llegan a cumplir los niveles mínimos de AF semanales.

Con el aumento de las prestaciones para las personas mayores proporcionadas por las Comunidades Autónomas y los ayuntamientos, se ha ido produciendo un incremento en el número de talleres y actividades grupales ofertados, entre los que se encuentran las clases de

AF organizada, entendida esta como la actividad (generalmente colectiva) que es dirigida y supervisada por un monitor con formación en Educación Física o un Educador Físico. Entre estas actividades físicas organizadas destaca la “gimnasia de mantenimiento”, por ser la más habitual. En este tipo de clases se suelen combinar ejercicios de tipo aeróbico, movilidad, fortalecimiento muscular y estiramientos.

Sin embargo, a pesar del aumento de este tipo de actividades en nuestro país, que nosotros conocemos, todavía no se han realizado estudios que identifiquen en qué medida son efectivas estas medidas para la mejora de la condición física de las personas mayores, ni si se ha establecido alguna dosis-respuesta entre el número de horas de práctica y los beneficios conseguidos.

Los objetivos de este estudio, por tanto, fueron los siguientes: evaluar el impacto de la realización de AF organizada sobre el nivel de condición física de las personas mayores en función del sexo, estudiar si el número de horas de práctica tiene alguna influencia sobre la función física y determinar si la ausencia de práctica de AF organizada se asocia con una baja condición física en este grupo de población.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes. En el estudio participaron un total de 3104 personas mayores de 65 años de España (722 hombres y 2382 mujeres), pertenecientes al proyecto titulado “Estudio multicéntrico EXERNET para la evaluación de la condición física en personas mayores”⁽¹²⁾.

Este proyecto, que tiene un diseño transversal, incluyó una muestra representativa de personas mayores de 65 años no institucionalizadas procedentes de 6 comunidades autónomas de España: Aragón, Castilla La Mancha, Castilla y León, Canarias, Extremadura y Madrid. Con el fin de garantizar una muestra representativa de todo el país se estimó que el número total de participantes debía ser superior a los 3000. Los criterios de exclusión es-

Alba Gómez-Cabello et al.

tablecidos en este estudio fueron los siguientes: edad menor de 65 años, padecer cáncer, tener demencia, ser incapaces de cuidar de sí mismos o estar institucionalizados. Una vez concluido el trabajo de campo, que se realizó entre Junio de 2008 y Octubre de 2009, aquellos participantes que no cumplían con los criterios de inclusión fueron excluidos de la base de datos. Previo a la participación en las pruebas, todos los sujetos fueron informados de los objetivos del estudio, así como de sus posibles riesgos y beneficios y firmaron un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (18/2008) y se realizó conforme a las directrices éticas para estudios de investigación recogidas en la declaración de Helsinki.

Para garantizar la diversidad geográfica y cultural de la muestra, se eligieron tres ciudades diferentes de cada comunidad autónoma (la capital de la región y otras dos ciudades, una de 10.000 a 40.000 habitantes y otra de 40.000 a 100.000 habitantes) y, por último, los participantes fueron seleccionados mediante la asignación aleatoria de los centros cívicos y deportivos. De esta manera el número total de sujetos se distribuyó de manera uniforme en las regiones y en sus ciudades correspondientes.

Evaluación de la condición física. La condición física se evaluó mediante 8 test específicos para la población mayor; 6 de ellos procedentes de la batería "Senior Fitness Test", junto a un test de equilibrio y una prueba de velocidad de la marcha. El procedimiento de estas pruebas, así como sus valores normativos ya han sido descritos en detalle con anterioridad^(13, 14):

- Equilibrio: "Test de Flamingo".
- Fuerza de extremidades inferiores: "Chair Stand Test".
- Fuerza de extremidades superiores: "Arm Curl Test".
- Flexibilidad de extremidades inferiores: "Chair Sit-and-Reach Test".

- Flexibilidad de extremidades superiores: "Back Scratch Test".
- Agilidad: "8-Foot Up-and-Go Test".
- Velocidad: "Brisk Walking Test".
- Resistencia: "6-Minute Walk Test".

Todos los test se realizaron dos veces, excepto el de fuerza de extremidades inferiores y el de resistencia. En cada una de las pruebas se definió "baja condición física" como los valores situados por debajo del percentil 20 para cada grupo de edad y sexo, en función de los valores de referencia del estudio multi-céntrico EXERNET para la valoración de la condición física en personas mayores no institucionalizadas en España⁽¹³⁾.

Cuestionario. Todos los participantes fueron entrevistados utilizando un cuestionario estructurado con el objetivo de obtener información sobre el estilo de vida, aspectos sociodemográficos y calidad de vida autorreferida, entre otros.

Las variables consideradas en el presente estudio fueron la edad, el sexo, la práctica de actividad física organizada, el número de horas dedicadas a caminar y el número de horas dedicadas a estar sentado.

La participación en AF organizada se registró a través de la siguiente pregunta: "Actualmente, ¿realiza actividad física de manera organizada (gimnasio, actividades del ayuntamiento, club deportivo...)?". En el caso de que la persona respondiese de manera afirmativa, se le preguntaba por el tipo de actividad realizada y el número de horas de práctica semanal, con el objetivo de obtener información adicional.

En las preguntas sobre el número de horas empleadas en caminar y en estar sentado, se le pedía al participante que indicase el tiempo diario que dedicaba a cada una de estas actividades. Estas preguntas han sido recientemente validadas, mostrando una correlación significativa con los resultados obtenidos a través de un acelerómetro⁽¹⁵⁾.

Análisis estadístico. Se presentan valores de media y desviación estándar (DE) como estadísticos descriptivos de las variables registradas.

Para ver las diferencias en las variables de condición física en función de la práctica de AF se utilizó análisis de la covarianza (ANCOVA) ajustando por edad, horas diarias empleadas en caminar y horas diarias de sedestación. Para determinar si la cantidad de AF realizada modificaba estas diferencias, se hicieron tertiles teniendo en cuenta el número de horas de práctica semanal (hasta 2 horas, de 2 a 4 horas o más de 4 horas). Las diferencias entre grupos en función de las horas de AF se evaluaron con ANCOVA junto al test de Bonferroni, utilizando las mismas covariables que en el análisis anterior.

La asociación de la práctica de AF organizada con el nivel de condición física de los participantes se realizó mediante regresión logística binaria ajustando por la edad, horas diarias dedicadas a caminar y horas diarias de sedestación. Como punto de corte para definir una "mala condición física" se utilizó el percentil 20 del estudio multi-céntrico EXERNET⁽¹³⁾, tal y como se ha hecho en artículos previos⁽¹⁴⁾.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS, versión 15.0. El nivel de significación se estableció en $P < 0,05$.

RESULTADOS

Descripción de la muestra de estudio. La muestra de este estudio estuvo formada por un total de 3104 personas (722 hombres y 2382 mujeres), con una edad media de $72,1 \pm 5,3$ años. El 71,1% de los hombres y el 89,7% de las mujeres de la cohorte EXERNET practicaban AF de manera organizada. La actividad más común era gimnasia de mantenimiento. La media de horas semanales fue de 4 para los hombres y de 3 para las mujeres.

Influencia de la práctica de AF organi-

zada sobre la condición física. Las mujeres que participaban en AF organizada tenían mayor fuerza de piernas y brazos, flexibilidad de piernas, flexibilidad en el brazo izquierdo, agilidad, velocidad y resistencia (todos $P < 0,05$) que aquellas que no realizaban AF (tabla 1). En los hombres, aquellos que realizaban AF organizada obtuvieron mejores resultados en las variables de equilibrio, fuerza de piernas, fuerza de brazo derecho, flexibilidad de brazos, agilidad y resistencia (todos $P < 0,05$), respecto a los que no asistían a clases de AF organizada.

Influencia del número de horas de práctica de AF organizada sobre la condición física. Las diferencias entre grupos en función de las horas de AF (hasta 2 horas a la semana, entre 2 y 4 horas o más de 4 horas) se muestran en la tabla 2.

En las mujeres, exceptuando la flexibilidad de brazos y la agilidad, se encontraron diferencias significativas entre las que hacían menos de 2 horas de AF organizada a la semana y aquellas que hacían entre 2 y 4 horas o más de 4. Concretamente, tal y como queda reflejado en la tabla 2, las mujeres que realizaban más de 2 horas de AF organizada a la semana tenían mayor equilibrio (23,3 vs. 26,4 segundos), fuerza de piernas (13,9 vs. 14,6 repeticiones) y de brazos (15,9 vs. 16,7 repeticiones en el derecho y 15,7 vs. 16,9 repeticiones en el izquierdo), flexibilidad de piernas (-3,7 vs. -1,4 cm en la derecha y -3,1 vs. -1,1 en la izquierda), velocidad al caminar (18,2 vs. 17,6 segundos) y resistencia aeróbica (505,8 vs. 519,8 metros). Sin embargo, en ninguna de las variables estudiadas se encontraron diferencias significativas entre practicar entre 2 y 4 horas o más de 4 a la semana (todos $P > 0,05$).

Cuando se estudiaron las diferencias entre grupos en función de las horas de AF en los hombres, no se observó ninguna diferencia entre las horas de práctica semanal (todos $P > 0,05$), con excepción de la fuerza del brazo izquierdo, en la que aquellos con menos horas de práctica obtuvieron valores inferio-

res respecto al resto de grupos (16,1, 17,3 y 18,2 repeticiones; grupos de hasta 2 h, 2-4 h y más de 4 h, respectivamente) ($P < 0,05$).

Riesgo de tener baja condición física en función de la práctica de AF organizada. La regresión logística binaria mostró que, independientemente de la edad, las horas diarias dedicadas a caminar y las horas diarias dedicadas a estar sentado, los hombres y mujeres que no asistían a clases de AF organizada tenían mayor riesgo de tener una baja condición física en la mayoría de las variables evaluadas, tal y como se refleja en la **tabla 3**.

En el caso de las mujeres, el riesgo de tener una baja condición física se veía aumentado entre 1,4 y 2,2 veces, siendo la velocidad de la marcha el componente de la condición física más influenciado. En los hombres, el riesgo se veía aumentado entre 1,6 y 2,6 veces, siendo la resistencia aeróbica la variable con un mayor riesgo en aquellos que no hacían AF organizada.

DISCUSIÓN

La práctica de AF organizada produce un efecto beneficioso sobre la condición física

Variables	HOMBRES					MUJERES				
	SI		NO		P	SI		NO		P
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE	
Equilibrio (s)	34,4	20,5	29,4	20,5	0,007	25,3	18,9	22,7	18,9	0,065
Fuerza EEII (reps)	15,5	3,5	14,6	3,5	0,011	14,3	3,3	13,0	3,3	<0,001
Fuerza EESS (brazo derecho) (reps)	17,1	3,9	16,2	3,9	0,008	16,3	3,7	14,8	3,7	<0,001
Fuerza EESS (brazo izquierdo) (reps)	17,1	4,1	16,7	4,1	0,266	16,4	3,9	15,2	3,9	<0,001
Flexibilidad EEII (pierna derecha) (cm)	-7,8	11,9	-9,1	11,9	0,235	-2,4	9,8	-5,6	9,9	<0,001
Flexibilidad EEII (pierna izquierda) (cm)	-7,7	12,1	-9,2	12,2	0,203	-1,9	9,8	-5,5	9,9	<0,001
Flexibilidad EESS (brazo derecho) (cm)	-14,5	13,7	-18,0	13,7	0,005	-7,9	10,4	-8,2	10,5	0,699
Flexibilidad EESS (brazo izquierdo) (cm)	-18,2	12,3	-20,5	12,4	0,041	-12,6	10,5	-14,2	10,4	0,043
Agilidad (s)	5,3	1,3	5,8	1,3	<0,001	6,0	1,5	6,5	1,5	<0,001
Velocidad (s)	15,2	3,1	15,7	3,1	0,112	17,8	3,4	19,1	3,4	<0,001
Resistencia (m)	578,6	83,6	528,6	83,8	<0,001	515,6	79,1	490,5	79,3	<0,001

EEII: extremidades inferiores; EESS: extremidades superiores. Los valores mostrados en esta tabla están ajustados por las variables edad, horas de caminar y horas de estar sentado. Las diferencias significativas entre grupos se muestran en negrita. DE: Desviación estándar. s: segundos. reps: repeticiones. cm: centímetros. m: metros.

LA ACTIVIDAD FÍSICA ORGANIZADA EN LAS PERSONAS MAYORES, UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CONDICIÓN FÍSICA ...

Tabla 2
Diferencias en las variables de condición física en función del número de horas de práctica de AF organizada.

Variables de la condición física	HOMBRES						MUJERES					
	Hasta 2 h		Entre 2 y 4 h		Más de 4h		Hasta 2 h		Entre 2 y 4 h		Más de 4h	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Equilibrio (s)	33,7	20,2	34,0	20,2	37,3	20,3	23,3 ^{ab}	18,9	26,4	18,8	27,1	19,0
Fuerza EEII (reps)	15,1	3,5	15,5	3,5	15,9	3,5	13,9 ^{ab}	3,4	14,6	3,4	14,5	3,4
Fuerza EESS (brazo derecho) (reps)	16,7	4,0	17,1	4,0	17,8	4,0	15,9 ^a	3,7	16,7	3,7	16,5	3,7
Fuerza EESS (brazo izquierdo) (reps)	16,1 ^{ab}	4,1	17,3	4,1	18,2	4,2	15,7 ^{ab}	3,9	16,9	3,9	16,4	3,9
Flexibilidad EEII (pierna derecha) (cm)	-7,9	12,2	-8,3	12,2	-6,9	12,2	-3,7 ^{ab}	9,7	-1,5	9,7	-2,0	9,8
Flexibilidad EEII (pierna izquierda) (cm)	-8,1	12,2	-8,2	12,3	-6,5	12,3	-3,1 ^a	9,7	-1,1	9,7	-1,7	9,8
Flexibilidad EESS (brazo derecho) (cm)	-14,9	13,3	-14,9	13,4	-13,5	13,4	-8,3	10,5	-7,8	10,5	-7,2	10,6
Flexibilidad EESS (brazo izquierdo) (cm)	-19,5	12,3	-17,8	12,4	-17,6	12,4	-13,0	10,6	-12,5	10,6	-11,5	10,7
Agilidad (s)	5,3	1,2	5,3	1,2	5,2	1,2	6,0	1,5	5,9	1,5	5,9	1,5
Velocidad (s)	15,1	3,0	15,3	3,0	14,8	3,0	18,2 ^{ab}	3,3	17,6	3,2	17,5	3,3
Resistencia (m)	574,7	82,7	574,7	82,8	594,3	82,9	505,8 ^{ab}	78,8	519,8	78,6	528,7	79,4

EEII: extremidades inferiores; EESS: extremidades superiores. Los valores mostrados en esta tabla están ajustados por las variables edad, horas de caminar y horas de estar sentado. (P<0,05). b Diferencias significativas entre los grupos "hasta 2 h" y "más de 4 h". (P<0,05). s: segundos. reps: repeticiones. cm: centímetros. m: metros.

Tabla 3
Riesgo (odds ratio) de padecer baja condición física en aquellas personas que no practican AF de manera organizada

Variables	HOMBRES			MUJERES		
	OR	95% IC	P	OR	95% IC	P
Equilibrio	1,882	1,220-2,903	0,004	1,350	0,959-1,900	0,085
Fuerza EEII	1,656	1,114-2,462	0,013	1,887	1,393-2,555	<0,001
Fuerza EESS (brazo derecho)	1,688	1,133-2,515	0,010	1,772	1,299-2,417	<0,001
Fuerza EESS (brazo izquierdo)	1,025	0,675-1,558	0,907	1,435	1,038-1,983	0,029
Flexibilidad EEII (pierna derecha)	0,992	0,632-1,557	0,973	1,936	1,414-2,651	<0,001
Flexibilidad EEII (pierna izquierda)	1,047	0,668-1,643	0,840	1,960	1,429-2,689	<0,001
Flexibilidad EESS (brazo derecho)	1,642	1,070-2,519	0,023	0,913	0,633-1,317	0,626
Flexibilidad EESS (brazo izquierdo)	1,931	1,253-2,976	0,003	1,394	0,994-1,955	0,054
Agilidad	2,409	1,301-4,461	0,005	1,875	1,238-2,842	0,003
Velocidad	2,206	1,245-3,908	0,007	2,151	1,421-3,256	<0,001
Resistencia	2,626	1,705-4,046	<0,001	1,763	1,260-2,469	0,001

EEII: extremidades inferiores; EESS: extremidades superiores. Odds Ratio (OR); 95% Intervalo de Confianza (IC). Las significaciones estadísticas se muestran en negrita (P<0,05).

de las personas mayores independientemente de la edad, las horas dedicadas a estar sentado o el tiempo dedicado a caminar. Aquellos que no participan en este tipo de actividad incrementan su riesgo de tener un nivel bajo de condición física en la mayoría de las variables evaluadas, observándose algunas diferencias entre sexos. En relación al número de horas, en los hombres no se observa ninguna diferencia significativa entre practicar menos de 2, de 2 a 4 o más de 4 horas; sin embargo, en las mujeres el tiempo de actividad es clave a la hora de obtener mayores beneficios en la función física, siendo a partir de 2 horas semanales el óptimo.

Con el envejecimiento poblacional acaecido mundialmente y el consecuente aumento de las investigaciones orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida en las personas mayores, cada vez es mayor la importancia que se le otorga a la condición física (y sus diferentes componentes) de cara a alcanzar un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de enfermedad y muerte.

A este respecto, el Estudio Toledo de Envejecimiento Saludable (ETES) analizó la relación que existía entre la fuerza muscular, la mortalidad y la hospitalización en una muestra de 1755 personas mayores de 65 años. Los resultados de este proyecto mostraron que, independientemente de importantes factores de confusión como el índice de masa corporal, el nivel educativo o las comorbilidades, el riesgo de muerte y/u hospitalización era significativamente menor en los hombres y mujeres con mayor nivel de fuerza muscular. Concretamente, tras un seguimiento de 5,5 y 3 años, se observó que las personas con menor fuerza aumentaban su riesgo de muerte y/u hospitalización en un 45 y 30% y en un 25 y 16%, mujeres y hombres respectivamente⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, datos de este mismo estudio publicados con anterioridad han mostrado relaciones entre las variables de condición física aquí estudiadas y aspectos como la composición corporal, alteraciones del sueño o la calidad de vida^(17,18).

Es precisamente por este amplio conocimiento que existe a día de hoy, por lo que se hace imprescindible identificar las herramientas que permitan mantener y/o mejorar los niveles de condición física de las personas mayores, con el fin último de mejorar su salud y disminuir el riesgo de morbilidad y dependencia. En este sentido, tanto la AF como el ejercicio físico regular y programas específicos de entrenamiento surgen como herramientas fundamentales con miras a cumplir este objetivo. De hecho, son muchas las investigaciones que han mostrado como programas de entrenamiento muy diversos son capaces de mejorar diferentes parámetros de la condición física en la población mayor^(19,20,21,22). Los resultados de varias revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran que programas basados en el equilibrio⁽²⁰⁾, la fuerza⁽²¹⁾ o el pilates⁽¹⁹⁾, son efectivos para la mejora de la condición física en las personas mayores, hallazgos que van en línea con los encontrados en este estudio, en el que las personas que realizaban AF organizada tenían mayores niveles de condición física que las que no participaban en este tipo de actividad. A pesar de que el rendimiento físico disminuye con el envejecimiento, este tipo de actividades, al igual que los programas específicos de entrenamiento, parecen ser útiles para garantizar unos niveles más elevados de fuerza, agilidad, velocidad y resistencia en hombres y mujeres de edad avanzada. De hecho, los resultados de este estudio también muestran que aquellas personas que no practican AF tienen mayor riesgo de estar por debajo del percentil 20 de los valores de referencia de condición física de España en la mayoría de las pruebas medidas.

En relación al número de horas de ejercicio óptimo para obtener beneficios, los estudios existentes son más escasos. Según lo observado, tan solo existe un metaanálisis en el que se midió la dosis-respuesta de los programas de entrenamiento de equilibrio con el fin de conocer los parámetros óptimos. En este artículo, Lesinski y cols⁽²⁰⁾, demostraban que la frecuencia óptima semanal era de 3 días a la semana y la duración de cada sesión de 31-45 minutos. Sin embargo, en este artículo no

se hacía distinción entre hombres y mujeres y es por este motivo por lo que los resultados de nuestro artículo son pioneros. En nuestro estudio observamos que en las mujeres mayores de 65 años, el tiempo óptimo de práctica de AF semanal para obtener beneficios es a partir de 2 horas, resultados que son acordes al artículo de revisión anteriormente citado; sin embargo, en los hombres no se encontró ninguna diferencia entre las horas de AF organizada. Aunque las razones exactas no se han podido conocer a través de este trabajo, la intensidad de los ejercicios realizados en estas clases de AF organizada podría explicar, al menos parcialmente, los resultados obtenidos. La mayoría de los asistentes a este tipo de actividad son mujeres, y por tanto, la intensidad de los ejercicios suele adaptarse a ellas. Los hombres, al partir de un nivel de condición física más elevado, necesitarían una mayor intensidad para poder obtener mayores beneficios como consecuencia de este tipo de AF.

Sin embargo, pese a que la evidencia científica es muy amplia en ese sentido, debemos ser conscientes de que este tipo de programas de entrenamiento no suelen ser accesibles para la población general, ya que en muchas ocasiones tras la realización de un proyecto de investigación no se acaba implantando el plan de entrenamiento desarrollado con el fin de mejorar la condición física de la población. Por este motivo, el objetivo de este estudio fue el de valorar el impacto de la AF organizada que actualmente se realiza en nuestro país sobre la condición física de las personas mayores. Las conclusiones extraídas de este proyecto permitirán aportar información muy valiosa de cara a conocer la utilidad y eficacia de estas actividades sobre la salud de las personas mayores.

La principal limitación de este estudio es la ausencia de mediciones objetivas para la valoración de la actividad física y el número de horas que el individuo permanece sentado. Por otra parte, el hecho de que la muestra solamente incluya a personas no institucionalizadas procedentes, en su mayoría, de centros cívicos y deportivos, también puede suponer un sesgo para la extrapolación de estos resultados a otros grupos de personas mayores. Como pun-

tos fuertes de la investigación hay que destacar el tamaño de la muestra, así como la variedad de pruebas realizadas para evaluar el nivel de condición física.

En conclusión, los resultados obtenidos indican que las actividades realizadas en las clases de AF organizada (principalmente gimnasia de mantenimiento) son útiles para mejorar la condición física de las personas mayores y reducir el riesgo de tener unos niveles demasiado bajos de esta. Conociendo, además, la fuerte asociación existente entre la condición física y otros parámetros de salud, se debería promover desde los organismos públicos la práctica de este tipo de actividad en la población mayor, con el fin de mejorar su salud, disminuir su dependencia y en última instancia, mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean dar las gracias a todos los voluntarios y centros participantes, cuya colaboración y dedicación hicieron posible este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población a 1 de enero de 2013 -Estadísticas de Migraciones 2012. Datos provisionales. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2013.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de la Población de España 2014-2064; 2014.
3. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
4. Libro blanco del envejecimiento activo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
5. Garcia-Garcia FJ, Gutierrez Avila G, Alfaro-Acha A, Amor Andres MS, De Los Angeles De La Torre Lanza M, Escribano Aparicio MV et al. The prevalence of frail-

- ty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging*. 2011;15:852-856.
6. Lin PS, Hsieh CC, Cheng HS, Tseng TJ, Su SC. Association between Physical Fitness and Successful Aging in Taiwanese Older Adults. *PLoS One*. 2016;11:e0150389.
 7. Vogel T, Brechat PH, Lepretre PM, Kaltenbach G, Berthel M, Lonsdorfer J. Health benefits of physical activity in older patients: a review. *Int J Clin Pract*. 2009;63:303-320.
 8. Reiner M, Niermann C, Jekauc D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013;13:813.
 9. Fiuza-Luces C, Garatachea N, Berger NA, Lucia A. Exercise is the real polypill. *Physiology (Bethesda)*. 2013;28:330-358.
 10. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health; 2010.
 11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Actividad física, descanso y ocio. Serie Informes monográficos nº 4. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf.
 12. Gomez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Olivares PR, Luzardo L, Juez-Bengoechea A, Mata E et al. Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the elderly EXERNET multi-centre study. *Obes Rev*. 2011;42:301-325.
 13. Pedrero-Chamizo R, Gomez-Cabello A, Delgado S, Rodriguez-Llarena S, Rodriguez-Marroyo JA, Cabanillas E et al. Physical fitness levels among independent non-institutionalized Spanish elderly: The elderly EXERNET multi-center study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:406-416.
 14. Morales S, Gomez-Cabello A, Gonzalez-Aguero A, Casajus JA, Ara I, Vicente-Rodriguez G. Sedentary and physical fitness in postmenopausal women. *Nutr Hosp*. 2013;28:1053-1059.
 15. Lopez-Rodriguez C, Laguna M, Gomez-Cabello A, Gusi N, Espino L, Villa G et al. Validation of the self-report EXERNET questionnaire for measuring physical activity and sedentary behavior in elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;69:156-161.
 16. Guadalupe-Grau A, Carnicero JA, Gomez-Cabello A, Gutierrez Avila G, Humanes S, Alegre LM et al. Association of regional muscle strength with mortality and hospitalisation in older people. *Age Ageing*. 2015;44:790-795.
 17. Pedrero-Chamizo R, Gomez-Cabello A, Melendez A, Vila-Maldonado S, Espino L, Gusi N et al. Higher levels of physical fitness are associated with a reduced risk of suffering sarcopenic obesity and better perceived health among the elderly: the EXERNET multi-center study. *J Nutr Health Aging*. 2015;19:211-217.
 18. Moreno-Vecino B, Arija-Blazquez A, Pedrero-Chamizo R, Gomez-Cabello A, Alegre LM, Perez-Lopez FR et al. Sleep disturbance, obesity, physical fitness and quality of life in older women: EXERNET study group. *Climacteric*. 2017;20:72-79.
 19. Bullo V, Bergamin M, Gobbo S, Sieverdes JC, Zaccaria M, Neunhaeuserer D et al. The effects of Pilates exercise training on physical fitness and well-being in the elderly: A systematic review for future exercise prescription. *Prev Med*. 2015;75:1-11.
 20. Lesinski M, Hortobagyi T, Muehlbauer T, Gollhofer A, Granacher U. Effects of Balance Training on Balance Performance in Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med*. 2015;45:1721-1738.
 21. Martins WR, de Oliveira RJ, Carvalho RS, de Oliveira Damasceno V, da Silva VZ, Silva MS. Elastic resistance training to increase muscle strength in elderly: a systematic review with meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;57:8-15.
 22. Cadore EL, Rodriguez-Manas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res*. 2013;16:105-114.

ANEXO III - BASE DE DADOS E LIMITADORES DE PESQUISA

BASES DE DADOS	LIMITADORES
PROQUEST	Limitar a: texto completo e revisão inter-pares; Data de publicação: março de 2014 a março de 2019; Faixa etária: idoso (+ 65 anos); Tipo de fonte: revistas acadêmicas e revistas especializadas; Tipo de documento: artigo e artigo principal; Idioma: espanhol, inglês e português.
PUBMED	Text availability: Abstract, free full text; Publication dates: 5 years; Species: humans; Journal categories: MEDLINE, Nursing journals; Languages: english, portuguese e Spanish; Ages: 65+ years
EBSCO	Booleano; Texto completo; Data de Publicação: março de 2014 a março de 2019
CINAHL	Resumo disponível; Língua inglesa; Prática baseada em evidência; humano; primeiro autor é enfermeira; qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias: +65 anos; Texto completo em PDF.
MEDLINE	Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Idade: +65 years
NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION	Texto completo em PDF
MEDICLATINA	Texto completo em PDF

ANEXO IV – DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO AOS PARCEIROS DA UCC

PLANO DE SESSÃO



DATA	18 de março de 2019
DURAÇÃO	60 minutos
DESTINATÁRIOS	Parceiros da UCC do Entroncamento
TEMA	Diagnóstico de situação da avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós
OBJETIVO APRESENTAÇÃO	DA Dar conhecimento aos parceiros do estudo efetuado à população-alvo, e quais os diagnósticos prioritários encontrados; Discutir o planeamento de atividades com os parceiros; Solicitar a colaboração para a realização das atividades propostas no Projeto de Intervenção.
LOCAL	Biblioteca da UCC do Entroncamento

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	5'	Apresentação do formador, participantes, objetivos, conteúdos e avaliação da sessão.	Anabela Santos	Data Show
Desenvolvimento	35'	Características sociodemográficas da população Recursos sociais Recursos Económicos Saúde Mental Saúde Física Atividades de Vida Diária Utilização de serviços	Cátia Gonçalves E Anabela Santos	Data Show Expositivo
Conclusões	20'	Diagnósticos Prioritários Esclarecimento de dúvidas Discussão de Resultados com os parceiros	Cátia Gonçalves	Data show Expositivo

POWERPOINT DA SESSÃO



UCC ENTRONCAMENTO

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos que vivem sós



Escola Superior de Saúde
[IP-Santarém]



Santarém, 18 de Março de 2019

Autoras: Anabela Santos Cátia
Gonçalves

Orientadora: Professora
Doutora
Maria do Carmo Figueiredo

Cooperantes:
Ana Cristina Gonçalves
Sónia Pereira










UCC ENTRONCAMENTO

8 de abril de 2019

2

PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM SÓS

A população mundial de idosos aumenta continuamente e a solidão afeta a qualidade de vida da mesma, evitando o convívio com outras pessoas e diminuindo o contato social o que leva a interferir nas atividades de vida diária.

(Litvoc e Brito, 2004; Papaléo Netto, 2002).

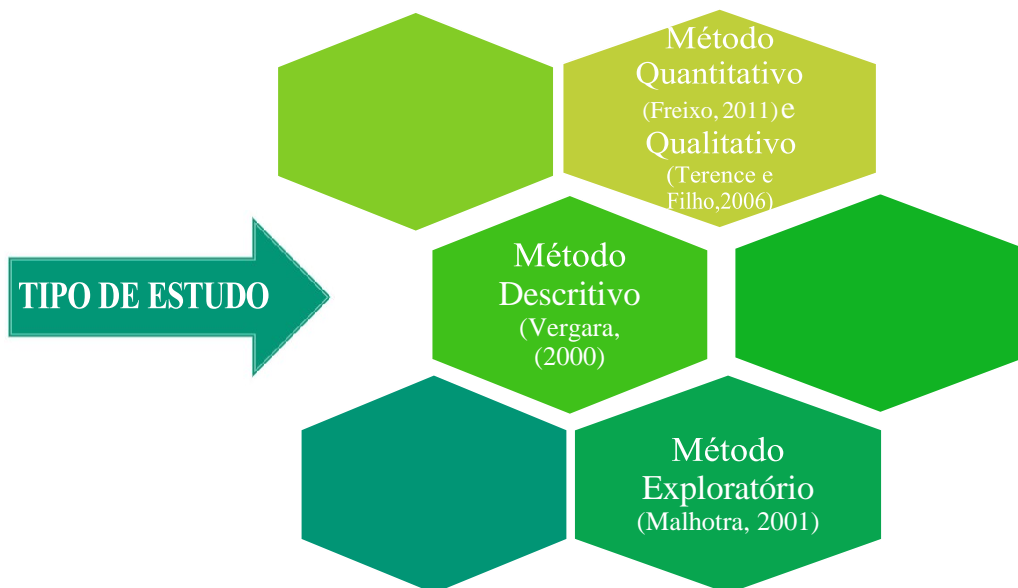


O aumento significativo do envelhecimento representa um desafio para a sociedade atual, adaptando-se de forma a “maximizar a capacidade funcional e a saúde” dos mais velhos, assim como a sua participação e integração social.

(Observador, 2014)

8 de abril de 2019

3



8 de abril de 2019

4

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS QUE VIVEM SÓS



OBJETIVO

Avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas que vivem sós no concelho do Entroncamento, inseridos no programa comunitário desenvolvido pela UCC do Entroncamento.



POPULAÇÃO-ALVO

Grupo de 16 pessoas idosas que vivem sós no concelho do Entroncamento que estão inseridos no projeto “Pessoas/Famílias com critério de risco, vulnerabilidade e ou dependência - idosos que vivem sós”.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Apresentámo-nos aos idosos, explicando os objetivos, obtendo o consentimento informado através da leitura e da assinatura do mesmo.
- Garantimos o anonimato e confidencialidade.
- Assegurámos ainda o direito de recusar ou interromper a sua participação no estudo, garantindo o uso do direito de liberdade, e intimidade, que lhes assiste.
- O sigilo e a privacidade na recolha de dados.

(Figueiredo, 2017)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a
 Masculino
 Feminino

2. Número de filhas e filhos vivos
 Filhas ____ Filhos ____

3. Idade ____ anos (não perguntar)

4. Que estudos completou?
 Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

5. Questões preliminares
 Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (tolerância de 1 dia)

2. Que dia da semana é hoje?

3. Como se chama esta localidade?

4. Qual é o seu número de telefone?

4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)

5. Quantos anos tem?

6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____

7. Como se chama o actual Presidente da República?

8. Como se chamava o anterior Presidente da República?

9. Qual o seu apelido ou nome de família?

10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ... (20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2; tolerância de 1 erro)

Número de respostas erradas: _____

Número de respostas certas: _____

SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).

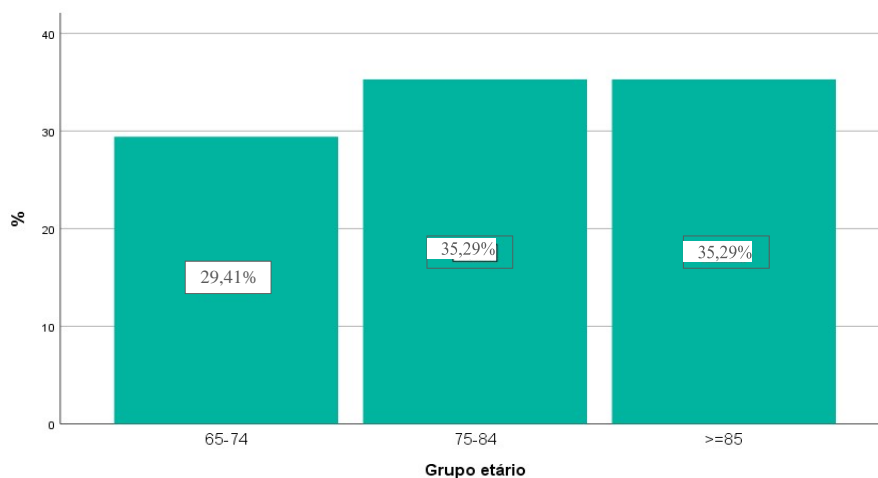
QUESTIONÁRIO QAFMI

- Inicia-se pela caracterização sociodemográfica e pelo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) que avalia a função cognitiva, de forma a perceber se o idoso tem capacidades para responder ao questionário ou se é necessário recorrer a um informante.
- A nível das questões preliminares (questões certas e erradas), se o idoso tiver errado mais de 3 perguntas o questionário deveria ser aplicado a uma outra pessoa que o acompanhe (informante), o que se constatou em apenas uma situação.
- Este questionário subdivide-se em duas partes:
 - A primeira avalia a funcionalidade nas dimensões de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD.
 - A segunda parte diz respeito à recolha de informação sobre a utilização de serviços nos últimos seis meses, nomeadamente ao nível da saúde, avaliação e coordenação, apoio geral, apoio económico, sociais e recreativos, e não classificados perfazendo um total de 23 serviços.
- O QAFMI classifica a capacidade funcional dos entrevistados, em cada área funcional, de 1 a 6, correspondendo a excelente, boa, limitação pequena, moderada, grave e total. Esta classificação é recolhido no questionário através das questões da 87 à 91.

7

Características sociodemográficas da população

- A população em estudo integra 16 idosos, dos quais 11 são mulheres (68,75%) e 5 são homens (31,25%), verificando-se que 11 idosos (70,6%) apresentam idade acima dos 75 anos.

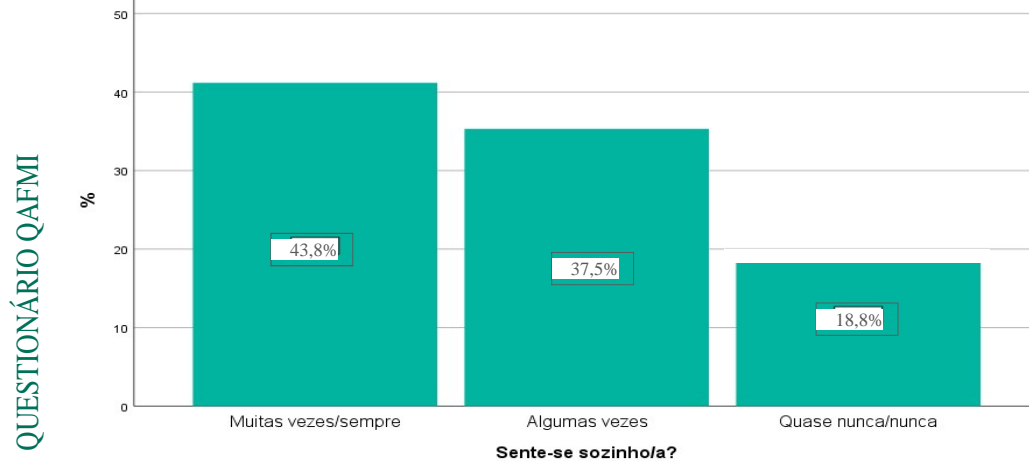


QUESTIONÁRIO QAFMI

8

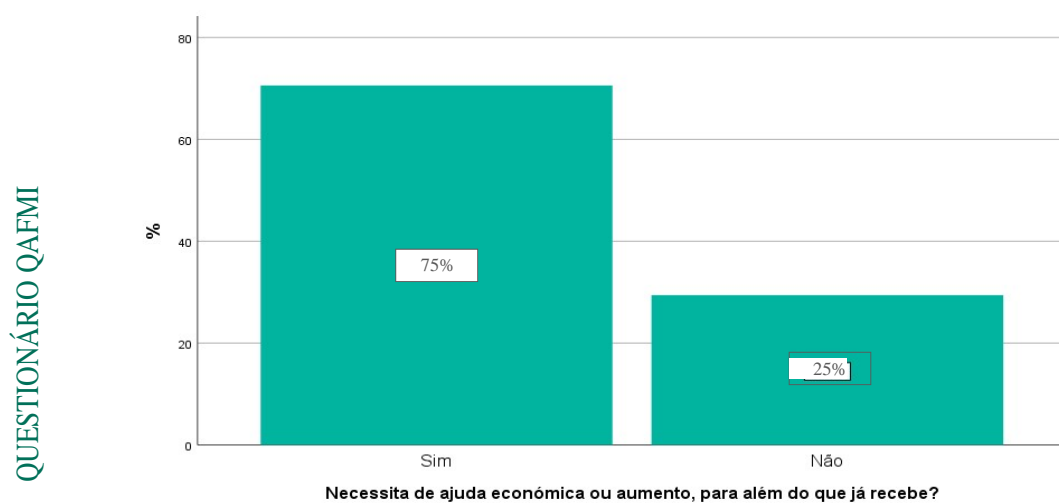
Recursos sociais (cont.)

- 7 idosos(43,8%) consideram que se sentem muitas vezes sozinhos.
- 6 idosos(37,5%) consideram que se sentem algumas vezes sozinhos.
- 3 idosos(18,8%) consideram que quase nunca se sentem sozinhos.



Recursos Económicos

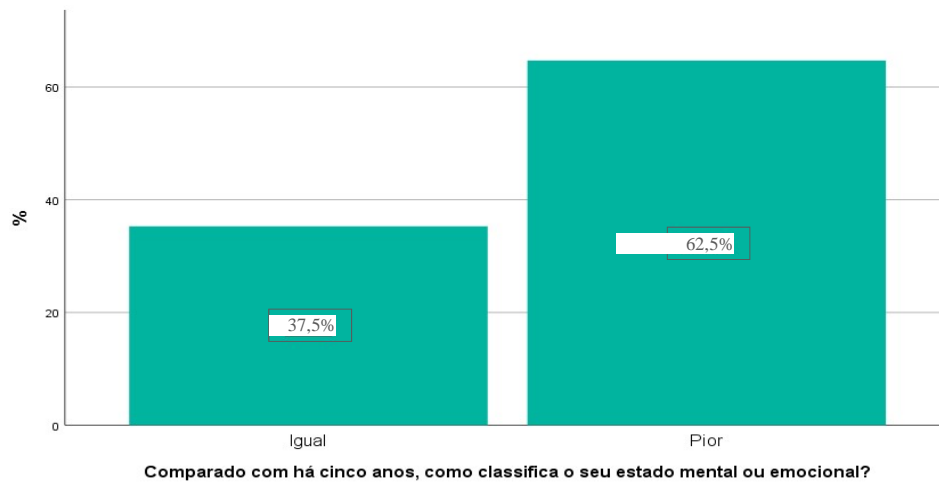
- 14 idosos (68,8%) consideram que os seus rendimentos são insuficientes.
- 12 idosos (75%) afirmam que necessitam de ajuda económica.



Saúde Mental (cont.)

- 15 idosos (93,8%) classifica o seu estado mental como razoável
- Comparando-o com os últimos cinco anos, 10 idosos (62,5%) afirmam que o seu estado mental piorou.

QUESTIONÁRIO QAFMI

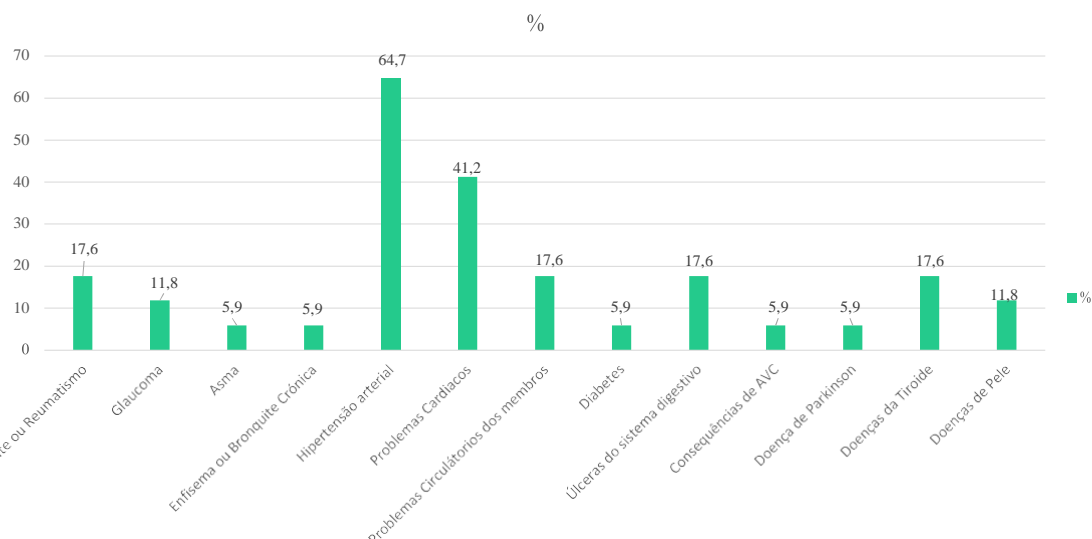


11

Saúde Física

- A nível das patologias com maior número foram a hipertensão com 64,7% (11 idosos) e problemas cardíacos com 41,2% (7 idosos).

QUESTIONÁRIO QAFMI

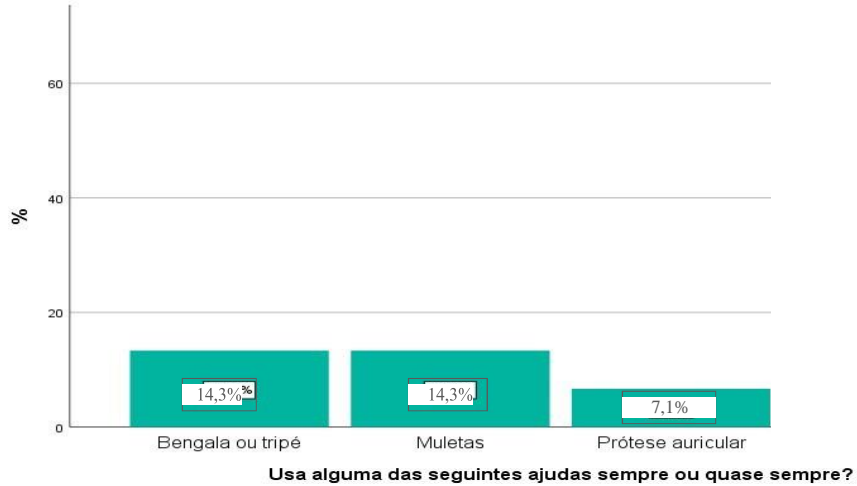


12

Saúde Física (cont.)

- 4 idosos (28,6%) apresentam dificuldade na mobilidade
- 2 idosos (14,3%) usam o apoio de muletas
- 2 idosos (14,3%) usam o apoio de bengala ou tripé

QUESTIONÁRIO QAFMI



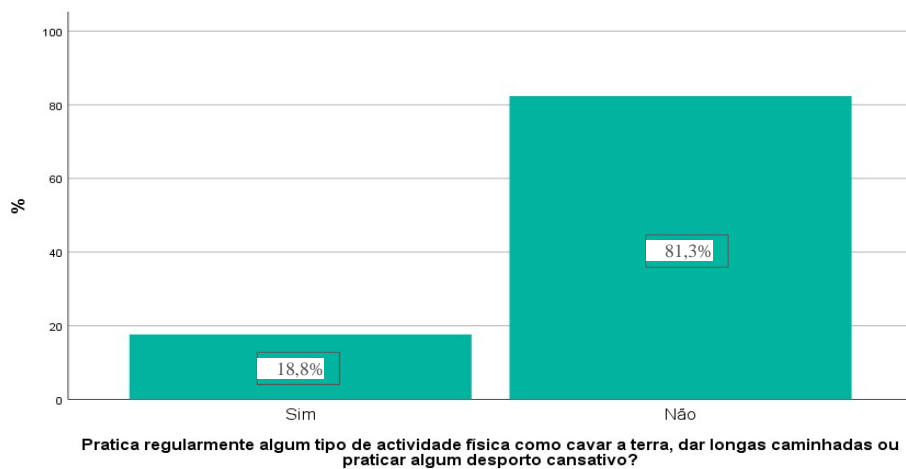
13

Saúde Física (cont.)

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

- 13 dos idosos (81,3%) não pratica qualquer tipo de atividade física.

QUESTIONÁRIO QAFMI



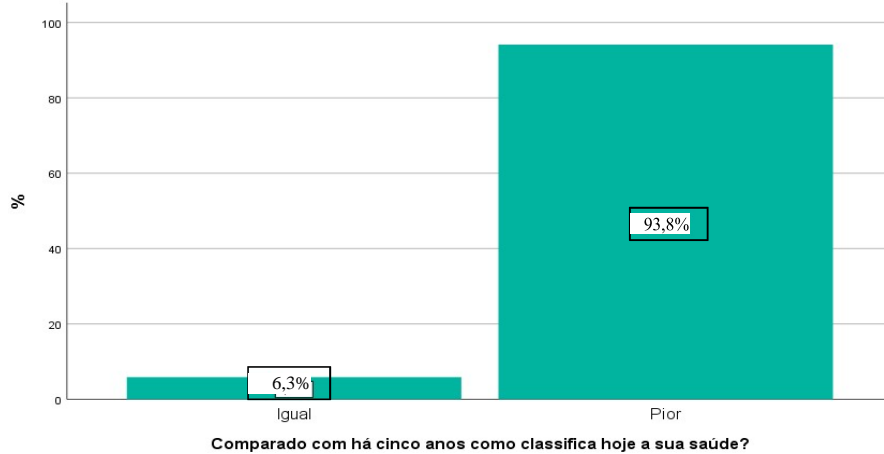
14

Saúde Física (cont.)

AVALIAÇÃO DA SUA SAÚDE

- 11 idosos (68,8%) referem que a sua saúde é regular;
- 15 idosos (93,8%) referem que nos últimos cinco anos a sua saúde piorou.

QUESTIONÁRIO QAFMI

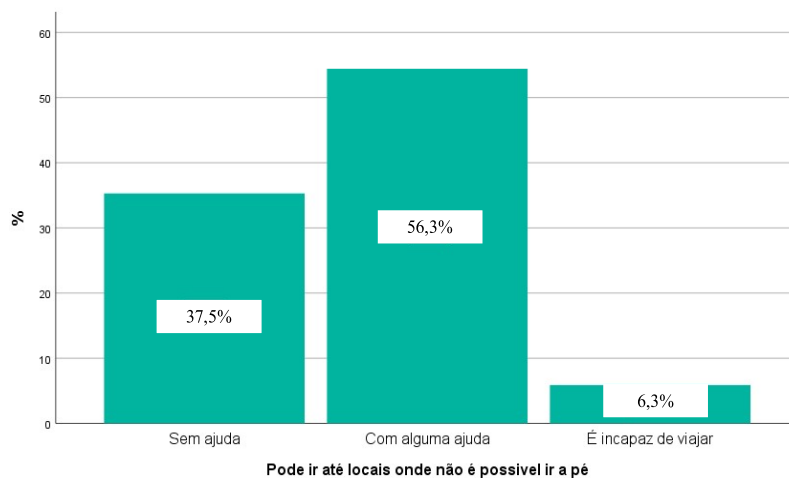


15

Atividades de Vida Diária (cont.)

- 10 idosos (56,3%) necessitam de alguma ajuda para ir a lugares onde não é possível ir a pé

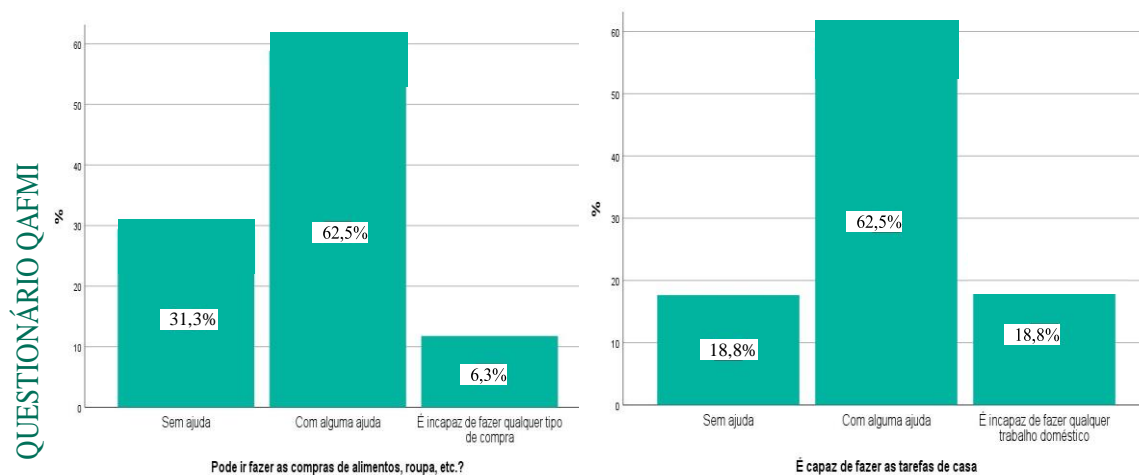
QUESTIONÁRIO QAFMI



16

Atividades de Vida Diária (cont.)

- 10 idosos (62,5%) necessitam de alguma ajuda para ir fazer compras e para fazer as tarefas de casa

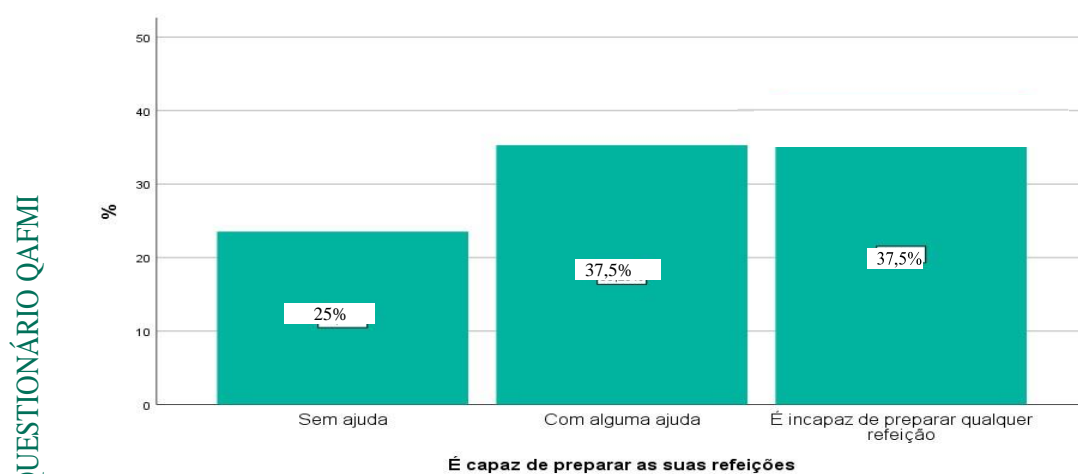


17

Atividades de Vida Diária (cont.)

PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 7 idosos (37,5%) são incapazes de preparar as suas refeições.



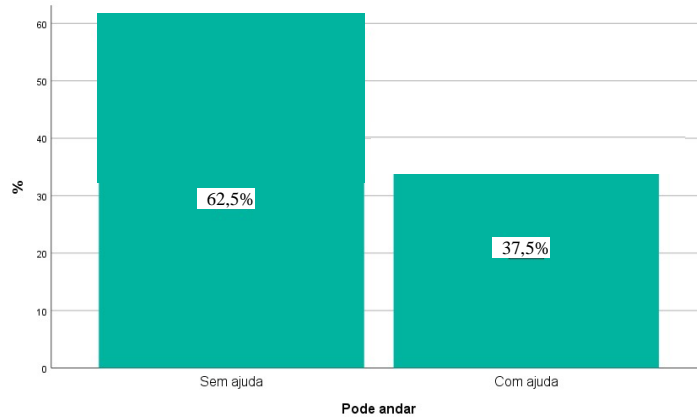
18

Atividades de Vida Diária (cont.)

Em relação às atividades da vida diária física (comer, vestir-se e despir-se, cuidar da aparência, andar, levantar/ deitar-se na cama e tomar banho):

- A maioria dos idosos são independentes, na maior parte destas atividades.
- Quanto aos tipos de atividades, a maior dependência é na mobilidade com 37,5%- 6 idosos.

QUESTIONÁRIO QAFMI

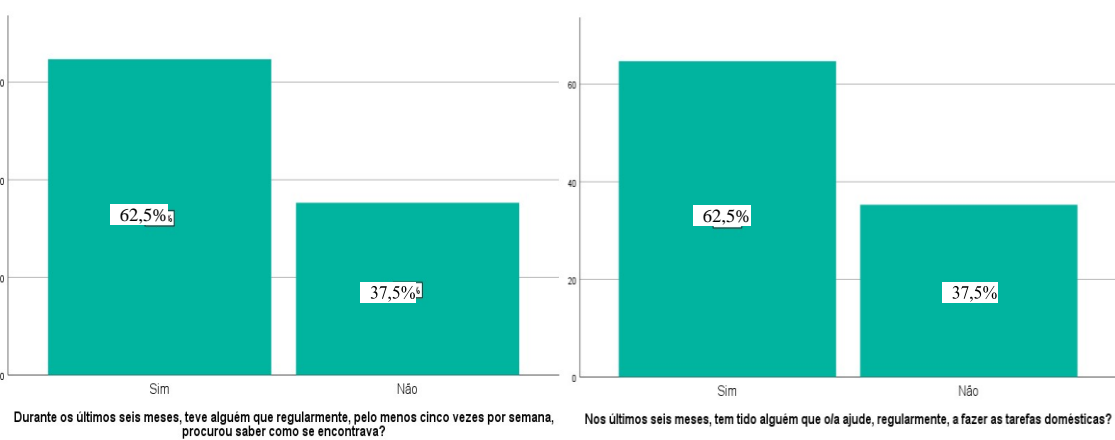


19

Utilização de serviços

- Nos últimos seis meses, os idosos apresentam uma maior adesão aos:
 - Serviços de monitorização (10 idosos - 62,5%),
 - Serviços domésticos (10 idosos -62,5%).

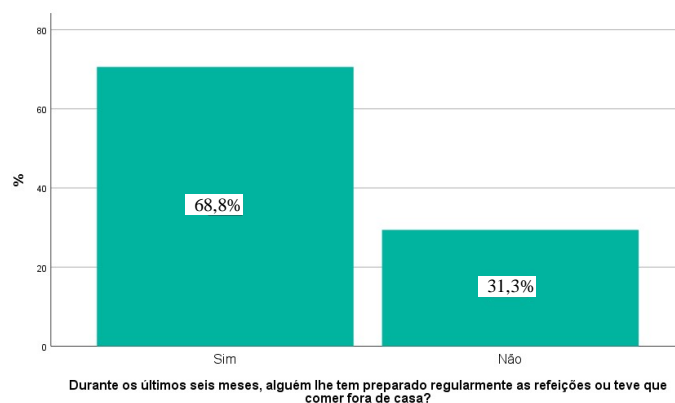
QUESTIONÁRIO QAFMI



20

Utilização de serviços (cont.)

- Preparação de refeições (11 idosos - 68,8%).



QUESTIONÁRIO QAFMI

8 de abril de 2019

21

Diagnóstico de Saúde Comunitária- CIPE

Questão	Dados	Diagnóstico
“Os seus rendimentos são suficientes?”	- 11 idosos (68,8%) responderam “Não”, afirmando que os seus rendimentos são insuficientes.	Rendimento inadequado em grau elevado
“É capaz de fazer as tarefas de casa?”	- 10 idosos (62,5%) responderam “com alguma ajuda”, os idosos não conseguem realizar as suas tarefas domésticas necessitando de algum apoio.	Capacidade de cuidar da casa comprometida em grau elevado
“Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc?”	- 10 idosos (62,5%) responderam “com alguma ajuda”, os idosos não conseguem fazer compras necessitando de apoio de outros.	Capacidade para fazer compras comprometida em grau elevado
“Quem vive consigo na sua casa?”	- A totalidade dos idosos (100%) respondeu que vivem sozinhos	Isolamento social em grau elevado

8 de abril de 2019

22

Diagnóstico de Saúde Comunitária (cont.)

Questão	Dados	Diagnóstico
“Pode ir a locais onde não é possível ir a pé?” e “Pode andar?”	- 9 idosos (56,3%) respondeu “com alguma ajuda” - 6 idosos (37,5%) responderam “com ajuda”	comprometida em grau moderado.
“Há sempre alguém que possa cuidar de si?” e “Quem são essas pessoas?”	-10 idosos (71,4%) responderam “sempre que necessário” - 8 idosos (50%) responderam ser os “filhos(as)” a cuidar deles caso seja necessário (filhos vivem longe).	apoio familiar em grau moderado
“Pratica regularmente atividade física como dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?”	- 13 idosos (81,3%) responderam “Não” praticam exercício físico	apoio ao exercício físico em grau elevado
“Sente-se sozinho?”	- 7 idosos (43,8%) afirmaram que sentem sozinhos “muitas vezes/ sempre”	Solidão em grau moderado

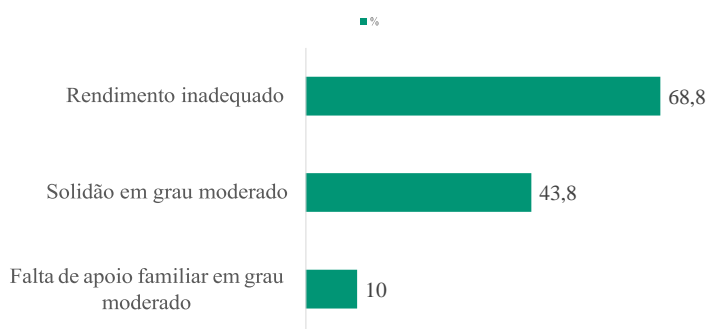
8 de abril de 2019

23

Diagnósticos Prioritários

- Deste modo, priorizou-se os diagnósticos de enfermagem tendo em conta os critérios de transcendência social e vulnerabilidade de Imperatori e Giraldes (1993)

Distribuição da percentagem relativa ao critério Transcendência Social

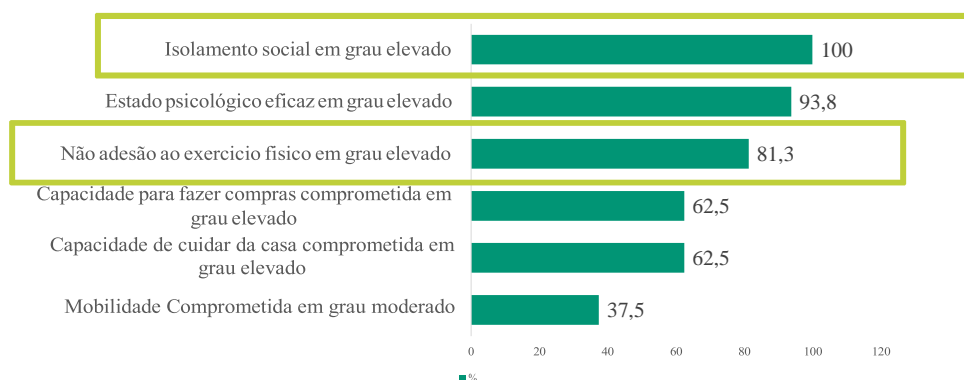


8 de abril de 2019

24

Diagnósticos Prioritários (cont.)

Distribuição da percentagem relativa ao critério Vulnerabilidade



25

Considerações

A população idosa abrangida pelo Centro de Saúde do Entroncamento – UCC, apresenta isolamento social com fraco apoio familiar que por sua vez originou a solidão, défice de prática de exercício físico, mobilidade comprometida, rendimentos insuficientes para colmatar as suas necessidades, assim como uma capacidade diminuta para as AIVD nomeadamente nas tarefas de casa e fazer compras.



É importante adequar intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, centrando-se nesta comunidade, participando numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde, desenvolvendo programas e projetos de intervenção na comunidade de forma a dar respostas acertadas aos Diagnósticos de Enfermagem encontrados.

26



OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO!

8 de abril de 2019

27

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexopoulos (2005). Depressão de início tardio. In Schwanke, C. (Coord), Atualizações em geriatria e gerontologia IV: aspectos demográficos biopsicossociais e clínicos do envelhecimento. Edipucrs.
- Alves, N. e Figueiras, M. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 26 (2), pp.281-293.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70.
- Beddome, G. (1995). Community as cliente Assesment in Neuman – The Neuman Systems Model. Ohio. Appelton e Lange. pp. 567-579.
- Branco, A. (2001). Cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp. 5–12. Acedido em 22 de Dezembro de 2018 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%20-%20RPPSP%20-%20v19%20tematico%20a02%20-%20p.5-12.pdf>
- Caneppele, M. (2007). Capacidade funcional e qualidade de indivíduos idosos de Porto Alegre. Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Carvalho, G. (2006). Avaliação físico funcional do paciente idoso. In Hargreaves, L. (Ed) *Geriatrics*, 1. Ed. Brasília: Senado Federal.
- Costa, E. (2001). *Semiologia do Idoso*. In Porto, C. (ed) *Semiologia médica*, 4. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Costa, M., Agreda, J., Ermida, J., Cordeiro, M., Ferreira de Almeida, M., Cabete, D., Verissimo, M., Grácio, E., Cruz, A. e Lopes, J. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coleção Sinais Vitais, 10, Ed. Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Decreto-Lei n.º 156/2015. Regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República* n.º 181, I Série, 16 de Setembro de 2015. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* n.º 38, I Série, 22 de Fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 73/2017. Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B. *Diário da República* n.º 118, I Série, 21 de Junho de 2017. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/96. Os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República* n.º 205, I-A Série, 4 de Setembro de 1996. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 6860/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República* n.º 135, II Série, 16 de Julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

8 de abril de 2019

28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República (2005). Constituição da República Portuguesa: Sétima Revisão Constitucional – 2005. Diário da República n.º 155, I- A Série, 12 de agosto de 2005. Assembleia da República. Lisboa.
- Dixon, C. Richard, M. e Rollins, C. (2003). Contemporary issues facing aging Americans: implications for rehabilitation and mental health counseling. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2), pp. 5-12.
- Fernandes, L., Bertoli, A. e Barros, A. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 43 (4), pp. 595-603.
- Figueiredo, M. (2017). Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24199/1/TESE_FINAL_Maria%20do%20Carmo%20Pereira.pdf
- Fontes, A., Botelho, M., Fernandes, A. (2009). A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo, pp. 91-107.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da conceptualização à realização. Loures: Lusociência.
- Freixo, M. (2011). Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas. 3ª Edição, Lisboa: Editora.
- Gauthier, B. (2003). Investigação Social: da problemática à colheita de dados. 3ª Edição. Loures: Lusociência
- Guidetti, A. e Pereira, A. (2008). A importância da comunicação na socialização dos idosos.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição, Lisboa: ENSP.
- INE. (1999). As Gerações Mais Idosas. Série de Estudos, 83. Portugal: Lisboa.
- Litvov, J. e Brito, F. (2004). Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu.
- Lopes, R., Lopes, M. e Câmara, V. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6 (3), pp. 373 – 381.
- Malhotra, N. (2001). Pesquisa de marketing. 3ª Edição, Porto Alegre: Bookman.
- Martinez, H.L.H. (2007). Abordagem Comunicativa do Planejamento Estratégico situacional no nível local: Saúde e equidade na Venezuela. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil
- Mattar, F. (2001). Pesquisa de marketing. 3ª Edição, São Paulo: Atlas.
- Mozzato, A. e Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo com Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC, Brasil*, 4 (5), pp. 731-747.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Netto, M. (2002). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu.
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório Mundial Saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In Freitas, E., Py, L., Neri, A., Cançado, F., Gorzoni, M. e Rocha, S. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, pp. 79-84.
- Pedrozo, S. e Portella, M. (2003). Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, 2 (17), pp. 171-183.
- Pires, L. (1994). Idosos: Modos de vida e condições de vulnerabilidade. Em Maria Cidália Paiva e Maria Isabel Matos (Coord.) *Atas do Congresso: Envelhecer: Os desafios do Séc. XXI*; Porto, pp. 57-69.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995) Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.
- PORDATA (2017). População residente, estimativas a 31 de Dezembro: total e por grupo etário. Acedido em 20 de Dezembro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-137>
- PORDATA (2018). Indicadores de envelhecimento. Acedido em 20 de Dezembro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Portal do envelhecimento (2014). Em Portugal, 400 mil idosos vivem sozinhos. Acedido em 23 de Janeiro de 2019 em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/em-portugal-400-mil-idosos-vivem-sozinhos/>
- Porto, J. e Koller, S. (2006). Violência na família contra pessoas idosas. *Interações*, São Paulo, 22 (12), pp. 105-142.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., e Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), pp. 217–234.
- Rodrigues, R. (2008). *Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos*, 23(1), 109–115.
- Rosa, T., Benicio, M., Latorre, M. e Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 1 (37), pp.40-48.
- Santangelo, A., Testa, M., Castelli, R., Albani, S., Cappello, A., Primavera, G., Maugeri, D. (2012). Studies on health in elderly observation centers (abbreviated from Italian: COSA): A multidimensional evaluation (MDE) of an elderly population frequenting a diurnal center in Catania. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), pp. 380-384.
- Silva, F. (2013). Intervenção no doente mental em crise. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14637/1/Relat%C3%B3rio.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Santa
ngelo, A., Testai', M., Castelli, R., Albani, S., Cappello, A., Primavera, G., Maueri, D. (2012). Studies on health in elderly observation centers (abbreviated from Italian: COSA): A multidimensional evaluation (MDE) of an elderly population frequenting a diurnal center in Catania. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), pp. 380-384.
- Silva, F. (2013). Intervenção no doente mental em crise. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14637/1/Relat%C3%B3rio.pdf>
- Sobral, C. (2015). Avaliação Multidimensional (OARS) do Idoso na Cidade de Bragança. Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Ativo, Universidade de Bragança, Bragança, Portugal.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 1ª Edição, Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Thomas, P. et al. (1999). More tolerance in management of unmotivated elderly family members. *Praxis*, 6 (88), pp. 223-232.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.
- Vergara, S. (2000). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 3ª Edição, Rio de Janeiro: Atlas.
- World Health Organization (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

ANEXO V - DOCUMENTOS DA 2º SESSÃO

PLANO DE SESSÃO



LOCAL	Pavilhão Municipal Desportivo do Entroncamento	
DATA	8 de abril de 2019	
DURAÇÃO	60 minutos	
DESTINATÁRIOS	Idosos com 65 ou mais anos do concelho do Entroncamento (População-alvo)	
TEMA	Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Caminhada	
OBJETIVO DA APRESENTAÇÃO	DA	<ul style="list-style-type: none"> • Comemoração do Dia Mundial da Saúde; • Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar o conceito de atividade física; - Referir os benefícios da atividade física; - Identificar as regras para uma caminhada saudável e segura; - Referir a importância do aquecimento na caminhada; - Referir a importância do arrefecimento na caminhada.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	10'	Acolhimento Apresentação: Formadora Tema Objetivos da apresentação Conteúdos a apresentar	Cátia Gonçalves	Expositivo
Desenvolvimento	25'	1- Dia Mundial da Saúde 2- Atividade Física 3- Caminhada: - Benefícios da atividade física - caminhada; - Aquecimento; - Vestuário e Calçado adequado; - Arrefecimento.	Cátia Gonçalves	Expositivo
Conclusões	25'	Síntese da Sessão Distribuição de Folheto Execução da caminhada Avaliação da sessão Encerramento	Cátia Gonçalves	Expositivo E Demonstrativo



ARTIGO APRESENTADO NA RÁDIO VOZ ENTRONCAMENTO

VENHA CAMINHAR CONNOSCO – Programa REVIVER

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde do Entroncamento, vem por este meio informar que se realizará no dia 8 de abril, pelas 14h30m, **uma caminhada** para comemorar o Dia Mundial da Saúde, no Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento.

Esta caminhada está integrada nas atividades do Programa REVIVER, com a colaboração da Câmara Municipal, Unidade de Cuidados na Comunidade, Juntas de Freguesia, Associação Lares Ferroviários, Lar Santa Casa da Misericórdia, Lar Fernando Eiró, CERE e CLAC.

Caminhar ao ar livre:

- Permite o convívio social reduzindo o isolamento social e a solidão;
- Melhora a qualidade de vida;
- Estimula as relações afetivas e apoia as pessoas isoladas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança das pessoas idosas;
- Permite a partilha de vivências.

São muitos os benefícios que a prática regular de atividade física traz para as pessoas, no entanto existem alguns cuidados que devem ser tidos em conta para evitar dores, desconforto, acidentes e lesões, logo o melhor caminho a seguir é sem dúvida a prevenção.

Para caminhar de forma segura e confortável utilize:

- Chapéu de cabeça para se proteger do sol;
- Coloque protetor solar nas áreas expostas em especial a face;
- Vista roupa leve, larga e confortável, que facilite os movimentos adequados ao clima;
- Calçado confortável, que contenha espaço suficiente para mexer bem todos os dedos dos pés, com sola antiderrapante e que proporcione o apoio total do calcanhar;

- É muito importante que não se esqueça de beber água, mesmo que não sinta sede, antes durante e após a caminhada.

Não se esqueça, venha caminhar connosco, no próximo dia 8 de abril, 2º Feira, pelas 14h30m no Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento.

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA!

DECLARAÇÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO



Declaração

Declara-se que no âmbito das atividades do Espaço Saúde da UCC Entroncamento, a Enfermeira Cátia Vanessa Silva Gonçalves, elaborou um artigo científico com o tema – “**Venha Caminhar Connosco**”, divulgado na Rádio Voz do Entroncamento.

Entroncamento, 03 de abril de 2019

Sónia Pereira

Coordenadora, UCC Entroncamento
ACES Serra D'Aire

A Coordenadora da UCC
Sónia Pereira

FOLHETO ATIVIDADE FÍSICA E ISOLAMENTO SOCIAL

O AQUECIMENTO:

Durante 5 a 10 minutos:

- Estique suavemente os músculos, respire fundo e faça movimentos ligeiros com os braços.
- Gradualmente, comece a caminhar, a oscilar e a fazer flexões em todo o corpo.

Quando começar a transpirar, significa que o corpo está pronto para o esforço:

- Comece, então, a fazer o exercício, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
- Continue por 20 minutos.

O VESTUÁRIO/CALÇADO:

- A roupa deve permitir liberdade de movimentos;
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade;
- Usar chapéu e protetor solar;
- Levar água para se hidratar.

Se tem Diabetes deve levar açúcar ou reduções para a eventualidade de ter uma hipoglicémia.

A prática de atividade física promove as relações sociais entre as pessoas idosas e melhora a sua qualidade de vida.



CONTACTOS ÚTEIS

Linha de Saúde 24 : 808 24 24 24
INEM: 112
UCC Entroncamento
Rua Dr. Miguel Bombarda
2330 - 017 Entroncamento
Geral: 249 720 940/249 729 010
UCC: 249 729 015
ucc.entroncamento@arslvt.min-saude.pt



Elaborado pelas alunas do Mestrado em Enfermagem
Comunitária da Escola Superior de Santarém:
Anabela Santos e Cátia Gonçalves

Bibliografia: <https://www.dgs.pt>

Isolamento Social e Atividade Física

Uma partilha de novas vivências!



Benefícios da atividade física

prática regular de atividade física está indicada para pessoas de todas as idades, inclusive para as pessoas idosas.

- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão;
- Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos;
- Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão;
- Ajuda controlar o peso e diminui o risco de obesidade;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- Ajuda a reduzir as dores lombares e dores nos joelhos;
- Ajuda na manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis.

Benefícios da Caminhada

Caminhar ao ar livre permite o convívio social reduzindo isolamento social e solidão.

- Melhora a qualidade de vida dos idosos;
- Facilita o relacionamento social;
- Estimula as relações afetivas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança das pessoas idosas;
- Partilha de vivências.

Tem por finalidade promover as relações de proximidade, no combate ao isolamento e a dependência da população idosa, contribuindo para um envelhecimento ativo.



Deverá começar de forma gradual (exemplo pequenas caminhadas 10 minutos 1x por dia depois 2x por dia, depois 3x por dia, e depois passar a 30 minutos seguidos).



Não esquecer que a prática regular da atividade física deve associar-se sempre a hábitos alimentares adequados, pois é através dos alimentos, que o organismo obtém energia e outros nutrientes essenciais na prática de atividade física.



GUIÃO DE APRESENTAÇÃO DA SESSÃO AOS IDOSOS DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE DIA 8 DE ABRIL DE 2019

Olá a todos, sou aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária a estagiar na UCC do Entroncamento: Cátia Gonçalves.

Estamos aqui hoje para comemorar o Dia Mundial da Saúde. Vamos falar um pouco sobre a prática regular da **atividade física**. E que contributos trazem para a nossa saúde e para a nossa qualidade de vida.

Caminhar ao ar livre permite o convívio social reduzindo o isolamento social e a solidão.

Benefícios para a saúde:

- Melhora a qualidade de vida dos idosos;
- Facilita o relacionamento social;
- Estimula as relações afetivas
- Apoia as pessoas isoladas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança dos idosos; e
- Permite a partilha de vivências.

Tem por finalidade promover as relações de proximidade, no combate ao isolamento e á dependência da população idosa, contribuindo para um envelhecimento ativo.

A atividade física é caracterizada por toda a atividade ou exercício que permita o gasto de energia e que desenvolva uma série de movimentos corporais, psíquicos e emocionais na pessoa que realiza.

A prática regular de atividade física está indicada para pessoas de todas as idades, inclusive para as pessoas idosas.

Benefícios para a saúde:

- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão;
- Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos;
- Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de obesidade;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose;
- Reduz o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;

- Reduz dores lombares e dores nos joelhos;
- Ajuda a manter os ossos, músculos e articulações saudáveis;

Existem alguns cuidados que devem considerar para evitar dores, desconfortos, acidentes e lesões. Pelo que a prevenção é o melhor caminho. Não esquecer que é importante manter a motivação.

Deverá **consultar o médico** e o **enfermeiro** de família antes de iniciar qualquer tipo de atividade física.

O aquecimento:

O aquecimento é essencial e benéfico de forma a prevenir e evitar lesões graves, atuando também contra as dores no corpo.

Deverá realizar o aquecimento durante 5 a 10 minutos:

- Estique suavemente os músculos, respire fundo.
- Gradualmente, comece a caminhar e a fazer flexões em todo o corpo.
- Quando começar a transpirar significa que o corpo está pronto para o esforço.
- Comece, então, a fazer exercícios, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
- Continue por 20 minutos.

O vestuário/calçado:

- A roupa deve permitir liberdade de movimentos.
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade.
- Usar chapéu de cabeça.
- Levar água para se hidratar.

As pessoas com ***diabetes*** devem levar açúcar ou rebuçados para a eventualidade de ter uma hipoglicémia (baixa de açúcar).

Não esquecer que a prática regular da atividade física deve associar-se sempre a ***hábitos alimentares adequados***, pois é através dos alimentos, que o organismo obtém energia e outros nutrientes essenciais.

Por fim, **após a caminhada** termine com um **arrefecimento** de 5 a 10 minutos: esticando os músculos e respirando fundo. Este é importante para auxiliar na normalização da tensão arterial e no relaxamento gradual dos músculos envolvidos no exercício.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



(GRAU DE SATISFAÇÃO)

De acordo com a sessão apresentada, preencha o questionário registando o seu grau de satisfação.

FORMAÇÃO: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Caminhada

FORMADORA: Cátia Gonçalves

DATA: 8 de abril de 2019

DURAÇÃO: 60 minutos

1. Expectativas

Esta ação correspondeu ao que dela esperava

2. Conteúdo Programático

Os assuntos abordados e desenvolvidos nesta ação de formação:

O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?

A sessão correspondeu às expectativas?

Os documentos fornecidos são uteis?

O método utilizado foi adequado?

Considera que a sessão foi boa?

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20% (1)	80% (4)
A sessão correspondeu às expectativas?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)
Os documentos fornecidos são uteis?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20% (1)	80% (4)
O método utilizado foi adequado?	0% (0)	0% (0)	20% (1)	0% (0)	80% (4)
Considera que a sessão foi boa?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	40% (2)	60% (3)

2. Formadora

A formadora utilizou uma linguagem clara e acessível?

Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva?

Estabeleceu boa relação com o grupo

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
A formadora utilizou uma linguagem clara e acessível?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)
Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva?	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)
Estabeleceu boa relação com o grupo	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)

4. Necessidades Formativas

A ação satisfaz as suas necessidades

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)

5. Opinião Global

A sua opinião sobre esta acção
Organização da sessão foi
adequada?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (5)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	20% (1)	80% (4)

Obrigado pela sua colaboração!

PUBLICAÇÃO DE FACEBOOK PÓS EVENTO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE



The image shows a screenshot of a Facebook post from the official page of the Municipality of Entroncamento. The post is in Portuguese and describes an event held on April 8th at the Municipal Pavilion of Entroncamento. The event was part of the World Health Day commemorations and involved a health fair, a gym class, and a social gathering. The post includes a detailed text description and a photograph of the event.

Município do Entroncamento
@cmentroncamento

Página inicial
Sobre
Fotos
Vídeos
Publicações
Eventos
Comunidade
Informações e anúncios
[Criar uma Página](#)

Município do Entroncamento

👍 Gosto 📡 Seguir ➦ Partilhar ⋮

No dia 08 de abril, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde, realizou-se uma atividade no Pavilhão Municipal do Entroncamento, tendo contado com a participação dos utentes do Programa Reviver.

A referida atividade, que decorreu durante a tarde, teve início com uma palestra sobre hábitos de vida saudáveis, dinamizada pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados à Comunidade, do Centro de Saúde do Entroncamento.

As profissionais de saúde salientaram a importância da prática do exercício físico como forma de promoção de relações sociais entre as pessoas idosas, contribuindo a mesma prática para a melhoria da sua qualidade de vida, prevenindo a solidão e o isolamento.

O Senhor Presidente da Câmara Municipal, Dr. Jorge Faria, participou no evento, acompanhado pela Senhora Vereadora com o Pelouro da Saúde, Dra. Ilda Joaquim e pelo Senhor Presidente da Junta de Freguesia S. João Baptista, Sr. Rui Maurício, dando as boas vindas aos participantes.

O Presidente da Câmara Municipal salientou também a importância da atividade física na promoção de uma vida saudável.

Após a ação de sensibilização, os participantes foram convidados a realizarem uma pequena aula de ginástica lecionada por um técnico de Desporto da Autarquia.

A atividade encerrou com um convívio, tendo o Município oferecido fruta aos participantes.



PUBLICAÇÃO NA CAMARA MUNICIPAL DO ENTRONCAMENTO PÓS EVENTO- SITE ONLINE



Mapa do Site
Portais
Médio Tejo

Município Viver Visitar Investir Serviços Online Portais do Município Pesquisar

Notícias → Utentes do Programa Reviver celebram Dia Mundial da Saúde

Utentes do Programa Reviver celebram Dia Mundial da Saúde



Utentes do Programa Reviver celebram Dia Mundial da Saúde

No dia 08 de abril, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde, realizou-se uma atividade no Pavilhão Municipal do Entroncamento, tendo contado com a participação dos utentes do Programa Reviver.

A referida atividade, que decorreu durante a tarde, teve início com uma palestra sobre hábitos de vida saudáveis, dinamizada pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados à Comunidade, do Centro de Saúde do Entroncamento.

As profissionais de saúde salientaram a importância da prática do exercício físico como forma de promoção de relações sociais entre as pessoas idosas, contribuindo a mesma prática para a melhoria da sua qualidade de vida, prevenindo a solidão e o isolamento.

O Senhor Presidente da Câmara Municipal, Dr. Jorge Faria, participou no evento, acompanhado pela Senhora Vereadora com o Pelouro da Saúde, Dra. Ilda Joaquim e pelo Senhor Presidente da Junta de Freguesia S. João Baptista, Sr. Rui Maurício, dando as boas vindas aos participantes.

O Presidente da Câmara Municipal salientou também a importância da atividade física na promoção de uma vida saudável.

Após a ação de sensibilização, os participantes foram convidados a realizarem uma pequena aula de ginástica lecionada por um técnico de Desporto da Aularquia.

A atividade encerrou com um convívio, tendo o Município oferecido fruta aos participantes.

Galeria de Fotos [AQUI](#)

Partilhar 0 Gosto 0 Tweetar

 249 720 400
Largo José Duarte Coelho
2330-078 Entroncamento
geral@cm-entroncamento.pt

« Mais Contactos »

Ficha de avaliação de conhecimentos

Sessão nº 2: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Caminhada

1- O que entende por atividade física?

	Verdadeiro	Falso
É uma atividade ou exercício que permite o gasto de energia.		
É uma atividade ou exercício que permite estar parado.		
É caracterizada por uma série de movimentos corporais, psíquicos e emocionais na pessoa que realiza.		
É caracterizada pela diminuição de movimentos corporais, psíquicos e emocionais na pessoa que realiza.		
Não sabe/Não responde.		

2- Quais os benefícios da atividade física?

	Verdadeiro	Falso
Permite ter pior qualidade de vida.		
Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão.		
Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos.		
Traz malefícios para a saúde.		
Reduz o risco de vir a desenvolver doenças crónicas.		
Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão.		
Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de obesidade.		
Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres.		
Aumenta comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável e violência).		
Não sabe/Não responde.		

3- De que forma se deve realizar uma caminhada saudável e segura?

	Verdadeiro	Falso
Começar logo sem fazer alongamentos		
Iniciar e terminar com alongamentos		
Utilizar roupa prática		
Fazer a caminhada num sítio sem segurança		
Fazer um aquecimento em menos de 20 minutos		
O calçado deve ser adequado		
Não sabe/Não responde		

4- Qual a importância do aquecimento numa caminhada?

	Verdadeiro	Falso
É essencial e benéfico de forma a ganhar lesões graves.		
É essencial e benéfico de forma a prevenir e evitar lesões graves.		
É essencial e benéfico de forma a prevenir e evitar dores no corpo.		
É essencial e benéfico de forma a ganhar dores no corpo.		
Não sabe/Não responde.		


5- Qual a importância do arrefecimento numa caminhada?

	Verdadeiro	Falso
Este é importante para aumentar a tensão arterial.		
Este é importante para diminuir o relaxamento gradual dos músculos envolvidos no exercício.		
Este é importante para auxiliar na normalização da tensão arterial.		
Este é importante para aumentar o relaxamento gradual dos músculos envolvidos no exercício.		
Não sabe/Não responde.		

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO VI - DOCUMENTOS DA 3ª SESSÃO

PLANO DE SESSÃO

LOCAL	Centro de Convívio da Terceira Idade do Entroncamento	
DATA	8 de maio de 2019	
DURAÇÃO	60 minutos	
DESTINATÁRIOS	Idosos com 65 ou mais anos do concelho do Entroncamento (População-alvo)	
TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos e Atividade na Comunidade; • Importância da população alvo, em atividades e projetos na Comunidade. 	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar 3 características do processo de envelhecimento; - Referir os benefícios da prática da atividade física: a nível físico; Referir os benefícios da prática da atividade física: a nível cognitivo; - Identificar as atividades físicas recomendadas para pessoas idosas; - Identificar as atividades/recursos existem na comunidade para a prática de atividade física; - Referir orientações para ser mais ativo no quotidiano. 	

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Apresentação: • Formadora • Tema • Objetivos da apresentação • Conteúdos a apresentar 	Cátia Gonçalves	Expositivo Data Show
Desenvolvimento	25'	<ol style="list-style-type: none"> 1- Envelhecimento; 2- Benefícios da atividade física; 3- Atividade física recomendada para pessoas idosas; 4- Atividades na comunidade 5- Orientações para ser mais ativo 	Cátia Gonçalves	Expositivo Data Show
Conclusões	25'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da Sessão • Execução de uma Caminhada pelo percurso pedonal • Distribuição de Folheto • Avaliação da sessão • Encerramento 	Cátia Gonçalves E Professor de Educação física	Expositivo E Demonstrativo Data Show

ARTIGO PUBLICADO NO JORNAL ONLINE DO ENTRONCAMENTO

Prática de Atividade Física em Idosos

6 Maio, 2019



PUB

A Comissão Europeia (2015), refere que a maioria dos países da Europa apresenta um aumento significativo da esperança média de vida, esperando atingir em 2060, a idade média de 84,8 anos para os homens e de 89,1 anos para as mulheres.

Em Portugal o envelhecimento da população agravou significativamente na última década, passando a percentagem de população idosa (> = 65 anos) em 2001, de 16%, para **19%** em 2011 (INE, 2012). Segundo dados mais recentes PORDATA (2017) a população idosa corresponde a **18,8%** do concelho do Entroncamento, que vai de encontro á percentagem a nível nacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a prática regular de atividade física contribuí para a prevenção e tratamento de doenças crónicas não transmissíveis (exemplo: doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, cancro da mama e cancro do cólon), tendo um forte contributo, também, na prevenção da hipertensão, excesso de peso e obesidade assim como na melhoria da saúde mental, e por conseguinte, na melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

De acordo com as Orientações da União Europeia (2009), a prática de atividade física demonstra grandes benefícios ao nível:

- Bom funcionamento cardiopulmonar;
- Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
- Maior consumo de gorduras;
- Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro;
- Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;

- Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando uma melhoria da capacidade funcional para as atividades do dia-a-dia;
- Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
- Manutenção das funções cognitivas, diminuindo o risco de depressão e demência;
- Diminuição dos níveis de *stress* e melhoria da qualidade do sono;
- Melhoria da autoimagem e da autoestima;
- Menor risco de queda

Em concordância com a OMS (2018), a não adesão à atividade física, levará ao aumento dos custos, com um impacto negativo nos sistemas de saúde, no ambiente, no desenvolvimento económico, bem-estar da comunidade e também na qualidade de vida.

Artigo realizado pela Enf.^ª Cátia Gonçalves do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, a realizar o seu estágio na UCC Almourol/Entroncamento.

Será realizada uma Sessão de Educação para a Saúde pela Enf.^ª Anabela Santos e Enf.^ª Cátia Gonçalves, respetivamente sobre o tema “Isolamento Social” e “Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos e Atividade na Comunidade” no dia 8 de maio de 2019 às 14h30 no Centro de Convívio do Entroncamento, promovido pela Unidade de Cuidados da Comunidade Almourol/Entroncamento, com a parceria da Câmara Municipal do Entroncamento, que desde já agradecemos a compreensão e colaboração da mesma.

DIVULGAÇÕES NA UCC E CENTRO DE CONVIVIO



POWERPOINT DA SESSÃO



Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos da Comunidade

Autora:
Cátia Gonçalves

8 de maio de 2019

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Atividade Física para idosos



- ▶ O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida que implica a regressão das capacidades físicas, psicológicas, fisiológicas e sociais do ser humano.
- ▶ A prática de atividade física para idosos está associada à longevidade e ao menor risco de morbilidade.

Características do Envelhecimento

- ▶ Perda de equilíbrio devido as mudanças motoras ficando com articulações mais delgadas e frágeis;
- ▶ Perda de massa muscular (atrofia muscular);
- ▶ Frequência cardíaca diminui;
- ▶ Os pulmões diminuem de tamanho e peso;
- ▶ Os cabelos embranquecem e caem;
- ▶ Os olhos enfraquecem;
- ▶ Os ouvidos diminuem os ruídos;
- ▶ Ganho de gordura generalizada, perda da elasticidade da pele, pele pálida e com manchas;
- ▶ A estatura diminui;
- ▶ Disfunções progressivas em órgãos e sistemas.

Benefícios da Atividade Física

Nível Físico



- ▶ Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos;
- ▶ Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas;
- ▶ Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão;
- ▶ Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de obesidade;
- ▶ Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose;
- ▶ Reduz o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- ▶ Reduz dores lombares e dores nos joelhos;
- ▶ Ajuda a manter os ossos, músculos e articulações saudáveis;

Benefícios da Atividade Física

Nível Cognitivo



A atividade física melhorará o seu bem-estar:

- ▶ Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão;
- ▶ Terá mais energia, produtividade e qualidade de vida;
- ▶ Lidará melhor com situações de stress;
- ▶ O seu sono terá maior qualidade;
- ▶ O seu apetite estará mais controlado;
- ▶ Terá mais confiança, autoestima e emoções positivas;
- ▶ A sua memória e funcionamento cognitivo melhorarão.

Atividade Física Recomendada



- ▶ Atividade física aeróbia de intensidade moderada (ex. caminhada) todos os dias.
- ▶ Exercícios de fortalecimento muscular, pelo menos, 2 vezes por semana;
- ▶ Exercícios que estimulem a agilidade, a coordenação e o equilíbrio;
- ▶ Exercícios de flexibilidade (alongamentos) no final de todas as sessões de exercício.

Caminhada



O aquecimento:

Durante 5 a 10 minutos:


- ▶ Estique suavemente os músculos, respire fundo.
- ▶ Gradualmente, comece a caminhar e a fazer flexões em todo o corpo.
- ▶ Quando começar a transpirar significa que o corpo está pronto para o esforço.
- ▶ Comece, então, a fazer exercícios, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
- ▶ Continue por 20 minutos.

Caminhada



O vestuário/calçado:

- ▶ A roupa deve permitir liberdade de movimentos.
- ▶ O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade.
- ▶ Usar chapéu de cabeça.
- ▶ Levar água para se hidratar.



Caminhada

- ▶ As pessoas com **diabetes** devem levar açúcar ou rebuçados para a eventualidade de ter uma hipoglicémia (baixa de açúcar).
- ▶ Não esquecer que a prática regular da atividade física deve associar-se sempre a **hábitos alimentares adequados**, pois é através dos alimentos, que o organismo obtém energia e outros nutrientes essenciais.
- ▶ Por fim, **após a caminhada** termine com um **arrefecimento** de 10 minutos: esticando os músculos e respirando fundo.

Atividades na Comunidade

- **Natação**
 - Alivia as dores causadas pela artrite, evita a pedra ossea e diminui o risco de doenças como a diabetes ou a hipertensão.
- **Andar de bicicleta**
 - É uma boa opção de exercício físico para idosos porque ajuda a fortalecer as articulações das pernas e do abdómen e ajuda também a aliviar as dores provocadas pela artrite.
- **Alongamentos**
 - Os alongamentos são muito importantes para melhorar da amplitude de movimentos e ajudam a diminuir a rigidez das articulações e músculos, são excelentes para evitar lesões.
- **Hidroginástica**
 - É um dos exercícios mais completos, a par da natação, e trabalha ainda mais todos os músculos do corpo. Promove o relaxamento das articulações, alivia dores e desenvolve a força e a resistência corporais.
- **Yoga**
 - O yoga alia a força ao equilíbrio, ajuda a aumentar a flexibilidade corporal e a postura, além de ajudar a tonificar os músculos e a relaxar as articulações.

ORIENTAÇÕES PARA SER MAIS ATIVO

- ▶ Desloque-se mais a pé: saia do autocarro algumas paragens antes ou estacione o carro mais longe possível do destino;
- ▶ Incentive a sua família/amigos a caminharem consigo, crie um grupo de caminhadas;
- ▶ Evite escadas rolantes e elevadores, use as escadas;
- ▶ Use a bicicleta nos seus percursos diários ou passeios;
- ▶ Não passe mais de 1 hora sentado sem fazer pausas;
- ▶ Nas pausas, realize alongamentos e/ou exercícios de fortalecimento muscular, usando por ex. a sua cadeira;
- ▶ Permaneça de pé enquanto fala ao telefone/conversa;
- ▶ Identifique atividades que ache apelativas e experimente novas (natação, dança, orientação, ioga).

E não se esqueça...

Os outros também irão beneficiar!

- ▶ Será um exemplo positivo na vida dos seus filhos/família.
- ▶ Os familiares/amigos preocupar-se-ão menos com a sua saúde, o que lhes permitirá maior qualidade de vida.



Obrigada pela vossa atenção!

Referências Bibliográficas

- ▶ Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ▶ Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Acedido agosto 15, 2016 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- ▶ Direção-Geral da Saúde. (2016) *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar (ENPAF)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Ministério da Saúde.
- ▶ Riita-Liisa, H. (1998). Role of Physical Activity in Healthy Ageing.
- ▶ Sardinha, L. (2009). Orientações da União Europeia para a actividade física - Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar (Instituto.). Estrelas de papel.
- ▶ Shephard, R. J. (1995). Physical Activity, Fitness, and Health: The Current Consensus. *Quest*, 47(3), 288 - 303. doi:10.1080/00336297.1995.10484158

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



(GRAU DE SATISFAÇÃO)

De acordo com a sessão apresentada, preencha o questionário registando o seu grau de satisfação.

FORMAÇÃO: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos e Atividade na Comunidade

FORMADORA: Cátia Gonçalves

DATA: 8 de Maio de 2019

DURAÇÃO: 60 minutos

1. Expectativas

Esta ação correspondeu ao que dela esperava

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)

2. Conteúdo Programático

Os assuntos abordados e desenvolvidos nesta ação de formação:

O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?

A sessão correspondeu às expectativas?

Os documentos fornecidos são uteis?

O método utilizado foi adequado?

Considera que a sessão foi boa?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	15% (1)	85% (6)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	15% (1)	85% (6)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (7)

3. Formadora

A formadora utilizou uma linguagem clara e acessível?

Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva?

Estabeleceu boa relação com o grupo

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)

4. Necessidades Formativas

A ação satisfaz as suas necessidades

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)

5. Opinião Global

A sua opinião sobre esta acção
Organização da sessão foi
adequada?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (7)

Obrigado pela sua colaboração!

PUBLICAÇÃO DE FACEBOOK PRÉ EVENTO – ARTIGO PRODUZIDO

Este site utiliza cookies para permitir uma melhor experiência por parte do utilizador. Ao navegar no site estará a consentir a sua utilização.

EOL

ENTRONCAMENTO ONLINE

1ª PÁGINA NOTÍCIAS AGENDA CORREIO DOS LEITORES DESPORTO FARMÁCIAS HORÓSCOPOS NECROLOGIA CRÓNICAS EDL

Tosquinhos Artesanato Marchas Populares Animação de Rua Insufiáveis Desporto Música Dança Teatro Folclore Exposições

VN Barquinha 08-13 Jun

08 HMB Insufiáveis
09 Insomnio Teatro de Rua
10 Carlos Barquinha e os 100 Stress
11 Alive Teatro de Rua
12 Absurdium Teatro de Rua
13 Orquestra Ligeira do Exército

Feira do Teio'2019

em-vnbarquinha.pt

Prática de Atividade Física em Idosos

6 Maio, 2019 198 0



Serviço Domiciliário em Lisboa - Centro de Dia

A Comissão Europeia (2015), refere que a maioria dos países da Europa apresenta um aumento significativo da esperança média de vida, esperando atingir em 2060, a idade média de 84,8 anos para os homens e de 89,1 anos para as mulheres.

Em Portugal o envelhecimento da população agravou significativamente na última década, passando a percentagem de população idosa (> = 65 anos) em 2001, de 16%, para 19% em 2011 (INE, 2012). Segundo dados mais recentes PORDATA (2017) a população idosa corresponde a 18,8% do concelho do Entroncamento, que vai de encontro á percentagem

ONEPLUS
OnePlus 7 Pro
Go Beyond Speed
BUY NOW

ULTIMOS ARTIGOS

ENTRONCAMENTO |
Políticos de Palma e
Meio estiveram na
Câmara Municipal
12 Junho, 2019

Distinção às PME
Excelência 2018
| Crédito Agrícola
distingue empresas do
distrito de Santarém
12 Junho, 2019



Ficha de avaliação de conhecimentos

Sessão nº 3: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos e Atividades na Comunidade

1- Identifique 3 (três) características do envelhecimento?

	Verdadeiro	Falso
Perda de equilíbrio devido as mudanças motoras ficando com articulações mais delgadas e frágeis.		
Aumento do equilíbrio e das funções motoras		
Os olhos enfraquecem.		
Os olhos aumentam a capacidade de visão		
Os cabelos embranquecem e caem.		
Os ouvidos ouvem melhor		
A estatura aumenta		
Não sabe/Não responde		

2- Refira os benefícios da prática da atividade física a nível físico?

	Verdadeiro	Falso
Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos.		
Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão.		
Aumenta as dores lombares e dores nos joelhos.		
Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas.		
Aumenta a osteoporose.		
Aumenta o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres.		
Não sabe/Não responde		

3- Refira os benefícios da prática da atividade física a nível cognitivo?

	Verdadeiro	Falso
Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão.		
Diminui a energia, produtividade e qualidade de vida.		
Lidará melhor com situações de stress.		
O seu sono terá menor qualidade.		
O seu apetite estará mais controlado.		
Terá mais confiança, autoestima e emoções positivas.		
Não sabe/Não responde		

4- Quais as atividades físicas recomendadas para pessoas idosas?

	Verdadeiro	Falso
Atividade física aeróbia de intensidade moderada (ex. caminhada).		
Exercícios de enfraquecimento muscular		
Exercícios que diminuam a agilidade, a coordenação e o equilíbrio.		
Exercícios de flexibilidade (alongamentos) no final de todas as sessões de exercício.		
Não sabe/Não responde		

5- Quais as atividades que a comunidade lhe disponibiliza para a atividade física?

	Verdadeiro	Falso
Atividades como ler e escrever		
Atividades como o Yoga		
Atividades como a Natação		
Atividades como andar de bicicleta		
Não sabe/Não responde		

6- Refira quais as orientações para ser mais ativo no quotidiano?

	Verdadeiro	Falso
Desloque-se mais de carro.		
Incentive a sua família/amigos a caminharem consigo, crie um grupo de caminhadas.		
Utilize mais as escadas rolantes e elevadores.		
Use a bicicleta nos seus percursos diários ou passeios.		
Não sabe/Não responde		

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO VII - DOCUMENTOS DA 4ª SESSÃO

PLANO DE SESSÃO



LOCAL	Centro Cultural do Entroncamento
DATA	22 de maio de 2019
DURAÇÃO	60 minutos
DESTINATÁRIOS	Idosos com 65 ou mais anos do concelho do Entroncamento (População-alvo)
TEMA	Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Exercícios individuais
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Comemoração do Dia Municipal das pessoas idosas no âmbito da Festa da Flor; • Executar os exercícios aprendidos aquando da sessão de educação para a saúde. • Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Executar pelo menos 2 alongamentos; - Executar pelo menos 2 exercícios físicos individuais; - Identificar as finalidades dos exercícios para a obtenção de resultados.

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	10'	Acolhimento Apresentação: Formadora Tema Objetivos da apresentação Conteúdos a apresentar	Cátia Gonçalves	Expositivo Data Show
Desenvolvimento	25'	1- Orientações da União Europeia para a atividade física 2- Promoção da atividade física: Exercícios individuais: <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos; • Forma de execução. 	Cátia Gonçalves	Expositivo Data Show
Conclusões	25'	Síntese da Sessão Execução dos exercícios preendidos Distribuição de Folheto Avaliação da sessão Encerramento	Cátia Gonçalves	Expositivo E Demonstrativo Data Show

FOLHETO SOBRE EXERCÍCIOS INDIVIDUAIS

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

Recomendações da União Europeia para a Atividade Física (2009):

- » Redução do risco de doença cardiovascular;
- » Prevenção e/ou atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial;
- » Bom funcionamento cardiopulmonar;
- » Controlo das funções metabólicas e baixa incidência da diabetes tipo 2;
- » Maior consumo de gorduras;
- » Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro;
- » Maior mineralização das ossos em idades jovens;
- » Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;
- » Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando uma melhoria da capacidade funcional para as atividades do dia-a-dia;
- » Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
- » Manutenção das funções cognitivas, (diminui o risco de depressão e demência);
- » Diminuição dos níveis de stress e melhoria da qualidade do sono;
- » Melhoria da autoimagem e do autoestimo;





UCC ENTRONCAMENTO

Unidade de Cuidados na Comunidade Almeural/Entroncamento

ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS IDOSAS

SER ATIVO TODOS OS DIAS!



Para as pessoas idosas inativas o levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode acarretar que a pessoa idosa passe de um indivíduo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD), aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas.

(Rikli e Jones, 1999; Rikli e Jones, 2001; Rikli e Jones, 2006).



UCC Entroncamento
 Morada : Rua Dr. Miguel Bombarda
 Código postal : 2330-017 ENTRONCAMENTO
 Telefone Geral : 249720940
 Telefone UCC: 249729205
 Fax : 249739650
 Email: ucc.entroncamento@orsivt.esn-ssuak.pt

Autora: Cítia Gonçalves
 Enf. Cooperante Cristina Gonçalves
 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

EXERCÍCIOS DIÁRIOS INDIVIDUAIS PARA PESSOAS IDOSAS

O vestuário/calçada:

- A roupa deve permitir liberdade de movimentos.
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade.
- Usar chapéu.
- Água para se hidratar.

O aquecimento:


Durante 5 a 10 minutos:

- Estique suavemente as músculos, respire fundo.
- Gradualmente, comece a caminhar e a fazer flexões em todo o corpo.
- Quando começar a transpirar significa que o corpo está pronto para o esforço.
- Comece, então, a fazer exercícios, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
- Continue por 20 minutos.

Exercício 1:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendíneas (tendinite).


1. Os idosos encontram-se em pé, com os pés na cintura pélvica.
2. Avançar o membro inferior direito e flexir o mesmo à frente do corpo;
3. De seguida, colocar o outro membro inferior em extensão, com o calcanhar apoiado no solo;

Nota: Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro inferior.




Exercício 2:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendíneas (tendinite).

1. Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas à frente do corpo.
2. De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.



Exercício 3:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendíneas (tendinite).


1. Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos acima da cabeça.
2. De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.



Exercício 4:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendíneas (tendinite).

1. Apoiar a mão direita no ombro esquerdo e pressionar o membro em direção ao peito, até que a amplitude articular o permita.


Nota: Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro superior.



Exercício 5:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendíneas (tendinite).


1. Entrelaçar os dedos com as palmas das mãos viradas para cima.
2. De seguida, com os membros superiores elevados acima da cabeça, inclinar o tronco para a direita e depois para a esquerda.

Nota: Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício para o outro lado.



Exercício 6:
Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores


1. Em pé: com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira.
2. É colocado em cada tornozelo um peso com 1 Kg.
3. Alternadamente: elevar os calcanhares à retaguarda.



Exercício 7:
Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores


1. De pé com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira.
2. Afastar lateral e alternadamente os membros inferiores.

Nota: Realizar o movimento lentamente e sem perder o equilíbrio.




Exercício 8:
Objetivo: Promover o movimento da cintura escapular (ombro).

1. Segurar o bastão ao nível da cintura escapular com as palmas das mãos viradas para baixo.
2. Elevar os membros superiores em extensão por cima da cabeça.



Exercício 9:
Objetivo: Promover o movimento e tonificação do bíceps braquial.

1. Sentados com o tronco imóvel.
2. Efetuar flexão e extensão dos membros superiores.



Bibliografia: Dias et al. (2016) Programa de atividade física para idosos. Evandro-Revista Científica.

228

Instituto Politécnico de Santarém- Escola Superior de Saúde de Santarém

CARTAZ SOBRE EXERCÍCIOS INDIVIDUAIS

Atividade Física para pessoas idosas

SER ATIVO TODOS OS DIAS



Exercício 1:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).

- 1, Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas à frente do corpo,
- 2, De seguida, efetuar extensão dos membros superiores,



Exercício 2:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).

- 1, Apoiar a mão direita no ombro esquerdo e pressionar o membro em direção ao peito, até que a amplitude articular a permita

Nota: Após 30/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro superior,



Exercício 3:
Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).

- 1, Entrelaçar os dedos com as palmas das mãos viradas para cima,
- 2, De seguida, com os membros superiores elevados acima da cabeça, inclinar o tronco para a direita e depois para a esquerda,

Nota: Após 30/15 segundos, efetuar o mesmo exercício para o outro lado,



Exercício 4:
Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores

- 1, Em pé com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira,
- 2, É colocado em cada tornozelo um peso com 1 kg,
- 3, Alternadamente: elevar os calcanhares à retaguarda,



Exercício 5:
Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores

- 1, De pé com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira,
- 2, Afetar lateral e alternadamente os membros inferiores,

Nota: Realizar o movimento lentamente e sem perder o equilíbrio,



Exercício 6:
Objetivo: Promover o movimento da cintura escapular (ombro).

- 1, Segurar o bastão ao nível da cintura escapular com as palmas das mãos viradas para baixo,
- 2, Elevar os membros superiores em extensão por cima da cabeça,



Exercício 7:
Objetivo: Promover o movimento e tonificação do biceps braquial,

- 1, Sentado com o tronco imóvel,
- 2, Efetuar flexão e extensão dos membros superiores,





UCC Almeida/ Entrancamento

Morada : Rua Dr. Miguel Beraldo
Código postal : 2330-017 (ENTRANCAMENTO)
Telefone Geral : 249732940
Telefone UCC : 249739025
Fax : 249739150
Email : uccentrancamento@unbvu.uep-saude.pt

Autora: Enf^a Cátia Gonçalves
Enf^a Cooperante Cristina Gonçalves
7^o Mestrado em Enfermagem Comunitária



Bibliografia: Dias et al. (2014) Programa de atividade física para idosos, Coimbra-Porto Católica,

POWERPOINT DA SESSÃO



Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Exercícios individuais



Autora:
Cátia Gonçalves

22 de maio de 2019
Centro Cultural do Entroncamento



7º CURSO DE Mestrado ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Orientações da União Europeia para a Atividade Física (2009):



- Redução do risco de doença cardiovascular;
- Prevenção e/ou atraso no desenvolvimento de hipertensão arterial;
- Bom funcionamento cardiopulmonar;
- Controlo das funções metabólicas e baixa incidência de diabetes tipo 2;
- Diminuição do risco de incidência de alguns tipos de cancro;
- Melhor digestão e regulação do trânsito intestinal;
- Manutenção e melhoria da força e da resistência musculares, resultando uma melhoria da capacidade funcional para as atividades do dia-a-dia;
- Manutenção das funções motoras, incluindo a força e o equilíbrio;
- Manutenção das funções cognitivas, (diminui o risco de depressão e demência);
- Diminuição dos níveis de stress e melhoria da qualidade do sono;
- Melhoria da autoimagem e da autoestima;
- Menor risco de queda e a sua prevenção.

Atividade física individual para pessoas idosas - Exercícios

Exercício 1: Alongamento

Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).



- Os idosos encontram-se em pé, com as mãos na cintura pélvica.
- Avançar o membro inferior direito e flexir o mesmo à frente do corpo;
- De seguida, colocar o outro membro inferior em extensão, com o calcanhar apoiado no solo;
- **Nota:** Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro inferior.

Exercício 2: Alongamento

Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).



- Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas à frente do corpo.
- De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.

Exercício 3: Alongamento

Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).



- Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos acima da cabeça.
- De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.

Exercício 4: Alongamento

Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).



- Apoiar a mão direita no ombro esquerdo e pressionar o membro em direção ao peito, até que a amplitude articular o permita.

Nota: Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro superior.

Exercício 5: Alongamento

Objetivo: Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).



- Entrelaçar os dedos com as palmas das mãos viradas para cima.
- De seguida, com os membros superiores elevados acima da cabeça, inclinar o tronco para a direita e depois para a esquerda.

Nota: Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício para o outro lado.



Exercício 6: Exercício com peso

Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores

- Em pé: com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira.
- É colocado em cada tornozelo um peso com 1 Kg.
- Alternadamente: elevar os calcanhares à retaguarda.




Exercício 7: Exercício com cadeira

Objetivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores

- De pé com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira.
- Afastar lateral e alternadamente os membros inferiores.

Nota: Realizar o movimento lentamente e sem perder o equilíbrio.



Exercício 8: Exercício com bastão

Objetivo: Promover o movimento da cintura escapular (ombro).

- Segurar o bastão ao nível da cintura escapular com as palmas das mãos viradas para baixo.
- Elevar os membros superiores em extensão por cima da cabeça.



Exercício 9: Exercício com Halteres

Objetivo: Promover o movimento e tonificação do bíceps braquial (músculos do braço)

- Sentados com o tronco imóvel.
- Efetuar flexão e extensão dos membros superiores.

Para as pessoas idosas inativas o levantar de uma cadeira ou subir escadas pode considerar-se uma atividade que exige um grande esforço. Qualquer situação aguda ou física pode acarretar que a pessoa idosa passe de um indivíduo independente para dependente e/ou a necessitar de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD), aumentando por si só o risco de queda ou lesões relacionadas.

(Rikli e Jones, 1999; Rikli e Jones, 2001; Rikli e Jones, 2008)



Referências Bibliográficas

- ▶ Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ▶ Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS. Acedido agosto 15, 2016 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
- ▶ Direção-Geral da Saúde. (2016) *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar (ENRF)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016. Ministério da Saúde.
- ▶ Riita-Liisa, H. (1998). Role of Physical Activity in Healthy Ageing.
- ▶ Sardinha, L. (2009). Orientações da União Europeia para a actividade física - Políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar (Instituto.). Estrelas de papel.
- ▶ Shephard, R. J. (1995). Physical Activity, Fitness, and Health: The Current Consensus. *Quest*, 47(3), 288 - 303. doi:10.1080/00336297.1995.10484158
- ▶ Dias et al. (2016) Programa de atividade física para idosos. *Exdra-Revista Científica*.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO



(GRAU DE SATISFAÇÃO)

De acordo com a sessão apresentada, preencha o questionário registando o seu grau de satisfação.

FORMAÇÃO: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Exercícios individuais

FORMADORA: Cátia Gonçalves

DATA: 22 de Maio de 2019

DURAÇÃO: 60 minutos

1. Expectativas

Esta ação correspondeu ao que dela esperava

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)

2. Conteúdo Programático

Os assuntos abordados e desenvolvidos nesta ação de formação:

O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?

A sessão correspondeu às expectativas?

Os documentos fornecidos são uteis?

O método utilizado foi adequado?

Considera que a sessão foi boa?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)

3. Formadora

A formadora utilizou uma linguagem clara e acessível?

Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva?

Estabeleceu boa relação com o grupo

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)

4. Necessidades Formativas

A ação satisfaz as suas necessidades

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)

5. Opinião Global

A sua opinião sobre esta acção
Organização da sessão foi adequada?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe/Não responde	Satisfeito	Muito Satisfeito
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)
0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	100% (9)

Obrigado pela sua colaboração!

PUBLICAÇÃO DE FACEBOOK PÓS EVENTO – ARTIGO DA CÂMARA MUNICIPAL ENTRONCAMENTO



Atividades para seniores encerram comemorações do Dia Municipal do Idoso



Realizou-se hoje, dia 22 de maio, no Centro Cultural do Entroncamento, uma palestra sobre Solidão e Benefícios do Exercício Físico na Terceira Idade. A mesma foi organizada por uma equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde do Entroncamento em parceria com o Município e o Programa Reviver. Esta palestra teve como objetivo a promoção do bem estar nas pessoas idosas, como forma de evitar o isolamento social e o sedentarismo.

Durante a tarde realizou-se ainda, no Centro Cultural, uma aula de Yoga, pela Professora Elsa Arrojado.

As duas atividades destinadas ao público sénior, tiveram uma adesão de cerca de 70 pessoas e encerraram as Comemorações do Dia Municipal do Idoso e do Evento “Entroncamento em Flor”.



Ficha de avaliação de conhecimentos

Sessão nº 4: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Exercícios individuais

1 - Consegue executar pelo menos 2 alongamentos?

Sim	
Não	
Não sabe/Não responde	

2- Consegue executar pelo menos 2 exercícios físicos individuais?

Sim	
Não	
Não sabe/Não responde	

3-Identifique as finalidades dos alongamentos?

Diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).	
Aumentar o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite).	
Não sabe/Não responde	

4-Identifique as finalidades dos exercícios individuais?

Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores.	
Promover o movimento da cintura escapular (ombro).	
Diminuir o movimento da cintura escapular (ombro).	
Diminuir o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores.	
Promover o movimento e tonificação do bíceps braquial (músculos do braço).	
Não sabe/Não responde	

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO VIII - SEMINÁRIOS

SEMINÁRIO INTERCALAR

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**SER ATIVO TODOS OS DIAS
UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS**



7º CURSO DE Mestrado
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Autora:
Cátia Gonçalves
Nº170400153

Orientadora:
Professora Doutora
Mária do Carmo Figueiredo

Enfermeiras Cooperante:
Ana Cristina Gonçalves

Santarém, maio de 2019

INTRODUÇÃO

Intervenção no Diagnóstico elaborado no Estágio I:
"Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós", dos 16 idosos inseridos no projeto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entroncamento

Estágio II:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Relatório:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade de intervenção de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência; Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

CONCELHO DO ENTRONCAMENTO



Figura 1- Mapa do Concelho do Entroncamento e freguesias do concelho do Entroncamento.
Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Entroncamento>

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO

Equipa multidisciplinar:

- 6 Enfermeiros:
 - 2 Especialistas em Enfermagem Comunitária (incluindo a Enfermeira Coordenadora);
 - 2 Especialistas em Reabilitação;
 - 1 Pós-graduação em Saúde Familiar;
 - 1 Pós-graduação em Cuidados Paliativos;
- 1 Psicóloga (apoio na ECC e núcleo de apoio de crianças e jovens);
- 1 Assistente técnica;
- 1 Técnica de serviço social (apoio nos casos sociais – apenas 1 dia por semana).

A área de intervenção da UCC é todo o concelho do Entroncamento com o horário de funcionamentos das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados.

PLANO OPERACIONAL DE ATIVIDADES A DESENVOLVER

Área de intervenção prioritária: Adesão da população alvo à atividade física.
População alvo: 16 idosos pertencentes ao estudo da "Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós".
Objetivo geral: Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária.
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.

Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicador de Avaliação
UC 3 Formular objetivos e estratégias face à priorização dos intervenções em saúde estabelecidas.	Conhecer a UCC do Entroncamento (UCC) e Equipa Multidisciplinar	Reunião de apresentação na UCC com Enfermeira Cooperante Cristina Gonçalves e professora orientadora MP do Carmo Figueiredo. Apresentação da Equipa Multidisciplinar; Visita às instalações da UCC. Identificação das Áreas de Intervenção da UCC.	UCC	Enf Cooperante da UCC	Margem de 2019	Número de propostas produzidas no âmbito para desenvolver ao longo do estágio (1); Número de intervenções individuais propostas para cada aluno. Nº de projetos onde serão integrados os alunos.
UC 4 Realizar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Identificar áreas de atuação para a implementação do projeto de intervenção individual, considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado.	Consulta do Plano de ação da UCC Reunião com Enfermeira Cooperante para partilha de ideias em relação às necessidades da UCC. Reunião com Enfermeira Cooperante e Professora Orientadora para partilha de ideias em relação ao âmbito de atuação no tema do projeto de intervenção de cada aluno.	UCC	Professora Doutora Maria Carmo Figueiredo (Professora Orientadora); Enfermeira Especialista Cristina Gonçalves (Enf Cooperante) da UCC, Cátia Gonçalves	Margem de 2019	Número de propostas para desenvolver no projeto individual; Número de intervenções estabelecidas para o projeto individual.

Unidades de Competência	Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicador de Avaliação
UC 5 Elaborar e desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Desenvolver o projeto de intervenção comunitária face aos diagnósticos de enfermagem.	Definição do plano de ação: Plano de atividades e cronograma; Validação do plano de intervenção com a ECC, Professores e parceiros envolvidos a fim de garantir a sustentabilidade do projeto; Participação em reuniões com a coordenadora da UCC e Enf Cooperante, no sentido de estabelecer parâmetros para a construção e implementação do projeto.	UCC	Coordenadora da UCC e Enf Cooperante, Professores e parceiros envolvidos	De março a junho de 2019	Nº de propostas produzidas para a intervenção em idosos; Nº de intervenções estabelecidas para o projeto; Resultados da validação do plano de intervenção; Número de parcerias efetuadas
UC 6 Realizar a intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Apoiar e discutir a implementação do projeto de intervenção.	Reunião, através de espaço público em parcerias locais, sobre os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado à população. Elaborar todos os parâmetros das atividades a desenvolver	UCC	Coordenadora da UCC, Cátia Gonçalves, Todas as parcerias da UCC	De março a junho de 2019	Documento com proposta de atividades com o grupo de idosos e parcerias; Nº de propostas resultantes da reunião; Nº de parcerias envolvidas no projeto;
UC 7 Realizar a intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Desenvolver o projeto de intervenção comunitária.	Apresentação e discussão do projeto de intervenção à ECC, Professores e parceiros envolvidos; Divulgação em artigos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas; Elaboração de materiais de informação na comunidade; Constituição dos idosos para a análise e outras atividades	UCC	Coordenadora da UCC, Cátia Gonçalves, Todos os parceiros da UCC	De março a junho de 2019	Nº de propostas resultantes das reuniões; Nº de divulgações efetuadas em artigos de informação locais; Nº de parcerias e parceiros de divulgação do projeto; Nº de idosos que participem em reuniões;
UC 8 Realizar a intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Realizar a intervenção comunitária.	Realizar a intervenção comunitária através de reuniões, artigos, vídeos e materiais produzidos de RSL para os idosos da melhor maneira possível; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos;	UCC	Coordenadora da UCC, Cátia Gonçalves, Todos os parceiros da UCC	De março a junho de 2019	Protocolo produzido Scoping Review Número de artigos finais para análise em resposta à pergunta de investigação; Taxa de adesão dos participantes em cada sessão; Taxa de participação que analisa os estudos; Partilha de experiências na realização de intervenções comunitárias; Nº de projetos efetuados; Nº de idosos envolvidos

Objetivos Específicos	Estratégias de Intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicador de Avaliação
Realizar a intervenção comunitária.	Realizar a intervenção comunitária através de reuniões, artigos, vídeos e materiais produzidos de RSL para os idosos da melhor maneira possível; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos; Elaborar e apresentar material informativo para o grupo de idosos;	UCC	Coordenadora da UCC, Cátia Gonçalves, Todos os parceiros da UCC	De março a junho de 2019	Protocolo produzido Scoping Review Número de artigos finais para análise em resposta à pergunta de investigação; Taxa de adesão dos participantes em cada sessão; Taxa de participação que analisa os estudos; Partilha de experiências na realização de intervenções comunitárias; Nº de projetos efetuados; Nº de idosos envolvidos
Participar ativamente nos programas e projetos desenvolvidos na UCC.	Participar com a enfermeira cooperante nos programas e projetos: - Programa Nacional de Saúde Escolar - Rede social - Programa de Cuidados Continuados Integrados - Projeto de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ou dependência e seus familiares/cuidadores	UCC Outras Comunidade; Cátia Gonçalves	Enf Cristina Gonçalves (Enf Cooperante); Comunidade; Cátia Gonçalves	Durante todo o estágio	Feedback da comunidade e dos profissionais de saúde da UCC.
Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.	Participação em seminário intercalar Análise dos resultados das intervenções Realização do Relatório de Estágio Participação em seminário final Discussão de resultados	UCC	Cátia Gonçalves	No decorrer do estágio	Documento produzido como Relatório Final de Estágio.
Objetivos Gerais	Conhecer os resultados das intervenções em contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.	UCC	Cátia Gonçalves	No decorrer do estágio	Documento com reflexão produzida Mobilização de contributos e contributos futuros Atividades desenvolvidas e contributos futuros Documento produzido como relatório final de estágio

AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO EMPOWERMENT DOS IDOSOS NA ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: SCOPING REVIEW

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Objetivo: Compreender de que forma o Enfermeiro promove o empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Types of participants
Enfermeiro e pessoas idosas

Concept
Idosos
Empowerment
Atividade Física

Context
Contexto comunitário

SCOPING REVIEW

Physical Activity (Mesh)

- Nursing (Mesh)
- Patient Empowerment (PubMed)
- Frail Elderly (Mesh)

Base de Dados: **Plataforma ESCO**

Palavras-chave	CINAHL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA	PROQUEST	PUBMED
1. Nursing	8	4,128	1,747	328	8	1,345
2. Patient Empowerment	0	18	15	1	8	17
3. Physical activity	1	958	1,147	375	848	4,462
4. Frail Elderly	0	12	148	5	73	124
1 AND 2	0	0	0	0	0	0
1 AND 3	3	5,745	4,832	1,389	1,964	6,864
1 AND 4	1	2	11	1	11	43
2 OR 1	1	976	1,165	386	811	4,498
3 AND 4	0	0	0	0	0	0
3 AND 1	0	91	97	40	111	144
3 AND 2 OR 1	1	966	1,183	375	111	4,462
1 OR 3 AND 4	0	18	18	1	80	13
1 AND 2 OR 1 AND 4	0	1	9	0	5	12

SCOPING REVIEW

SCOPING REVIEW

Contributo para a questão de revisão:

As estratégias voltadas para a educação dos utentes permitem o empowernment destes e, por conseguinte, mais auto-capacitação, o que resulta na melhoria da sua qualidade de vida. É através da informação, educação e suporte, fornecida pelos enfermeiros, que é possível satisfazer as necessidades destes indivíduos, tendo como base os seus valores, experiências e objetivos pessoais.

Este estudo evidencia a importância da atividade física, a duração e frequência com que se deverá praticar atividade física para trazer benefícios em indivíduos com mais de 65 anos, diferenciando-os por género. E por fim, demonstrar quais as consequências da não adesão à atividade física nos idosos.

APRESENTAÇÃO AOS PARCEIROS

Dia 18 de Março de 2019

TEMA: Diagnóstico de situação da avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem só.

Objetivo:

- Dar conhecimento aos parceiros do estudo efetuado à população-alvo, e quais os diagnósticos prioritários encontrados;
- Discussão do planeamento de atividades com os parceiros;
- Pedido de colaboração para a realização das atividades propostas no Projeto de Intervenção.

PLANO DE SESSÃO

APRESENTAÇÃO AOS PARCEIROS

Parceiros representantes presentes na sessão:

- PSP;
- Câmara Municipal do Entroncamento;
- Junta de Freguesia – São João Batista;
- Junta de Freguesia – Nossa Senhora de Fátima;
- Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento;
- Associação dos Lares dos Ferrovários
- Rede Local Inserção Social (RLIS);
- Enfermeiros UCC.

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

Dia 8 de Abril de 2019

TEMA: Promoção da Atividade Física para pessoas idosas: Recursos da comunidade

Objetivo:

- Comemoração do Dia Mundial da Saúde;
- Fazer uma sessão de Educação para a saúde para idosos, em que os idosos:
 - Compreendam o conceito atividade física;
 - Identificar regras para uma caminhada saudável e segura;
 - Compreendam a importância do aquecimento e arrefecimento na caminhada;
 - Identifiquem os benefícios da atividade física.

Promoção da atividade física em Idosos (caminhada).

PLANO DE SESSÃO

ATIVIDADE DESENVOLVIDA EM PARCERIA COM A CÂMARA MUNICIPAL DO ENTRONCAMENTO

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- DIVULGAÇÃO PARA RADIO VOZ ENTRONCAMENTO

Foi transmitido na Rádio Voz do Entroncamento diariamente durante os 5 dias antes da sessão!

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- PRESENCAS

- Representante do Lar dos Ferrovários;
- Representante do Lar da Santa Casa da Misericórdia;
- Representante do Centro de Convívio;
- Presidente da Câmara Municipal do Entroncamento;
- Presidente da Junta de Freguesia da Nossa Senhora de Fátima;
- Vereadora da Câmara da Área da Saúde;
- Professor de Educação Física;
- 3 Enfermeiros da Equipa da UCC + Estagiária da Licenciatura de Enfermagem da ESSS;
- 43 idosos

5 idosos da população-alvo

Foi posto à disposição pela Câmara um Autocarro Gratuito, para a população idosa poder estar presente na sessão.

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- FOTOS



Feita Caminhada e Atividade Física com a Orientação de um Professor de Educação Física e dos Enfermeiros da UCC especialistas em reabilitação



Sessão de Educação para a Saúde

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- DISTRIBUIÇÃO DE FOLHETO



O AQUECIMENTO:
Durante 5 a 10 minutos:
- Estique suavemente os músculos, respire fundo e faça movimentos lentos com os braços.
- Gradualmente, comece a caminhar, a correr e a fazer flexões em toda a corpo. Quando começar a transpirar, significa que o corpo está pronto para o esforço.
- Continue, então, a fazer o exercício, de maneira a aproveitar ao máximo do equipamento.
- Continue por 20 minutos.

O VESTUÁRIO IDEAL:
- A roupa deve permitir liberdade de movimentos.
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade.
- Usar chapéu e proteção solar.
- Usar água para se hidratar.

Os seus Clubes devem incluir ações de educação para a sustentabilidade de ser uma organização.

Elaborado: Mariana Aguiar

SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- DISTRIBUIÇÃO DE FOLHETO

Benefícios da atividade física
A prática regular de atividade física está indicada para pessoas de todas as idades, inclusive até as primeiras idades.
- Promove o bem-estar psicológico, melhora o sono, a autoestima, a depressão e o sentimento de solidão.
- Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos.
- Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas.
- Ajuda a controlar a hipertensão.
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de obesidade.
- Ajuda a prevenir ou a retardar, reduzindo o risco de falha de caso de doença nos diabéticos.
- Ajuda a reduzir os níveis de colesterol e de triglicéridos.
- Ajuda na manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis.

Benefícios da Caminhada
Contribui ao se fazer permitir o convívio social reduzindo o isolamento social e solidão.
- Melhora a qualidade de vida dos idosos.
- Facilita o relacionamento social.
- Estimula as relações afetivas.
- Contribui para a estabilidade emocional e regularidade dos padrões de sono.
- Previne de quedas.
- Tem por finalidade proporcionar as relações de proximidade, no contexto do isolamento e a dependência da população idosa, contribuindo para um envelhecimento ativo.
- Não requer que a prática regular do estado de saúde deve assegurar que sempre a habilitação adequada, para o estado de saúde, que o organismo esteja sempre a seus melhores níveis essenciais na prática de atividade física.




SESSÃO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE

- Publicações nas plataformas online pós-evento


Facebook Câmara Municipal do Entroncamento (Dia 9 de Abril 2019)

Câmara Municipal do Entroncamento - Site Online (Dia 9 de Abril 2019)





Por realizar/ em realização:

- Poster para a UCC;
- Folheto para a UCC e Parceiros;
- Elaboração da 2ª Caminhada e Sessão de Educação para a Saúde no dia 8 de Maio de 2019 no Centro de Convívio;
- Elaboração Atividades Físicas e Sessão de Educação para a Saúde integrado no Programa da Festa da Flor promovido pela Câmara Municipal do Entroncamento no dia 22 de Maio de 2019;
- Publicação de 2º Artigo no Jornal Online e Físico;
- Elaboração do relatório.



Obrigada pela vossa atenção!



SEMINÁRIO FINAL

ESTÁGIO II E RELATÓRIO

**SER ATIVO TODOS OS DIAS
UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS**



**7º CURSO DE MESTRADO
EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Autora:
Cátia Gonçalves
Nº170400153

Orientadora:
Professora Doutora
Mariana do Carmo Figueiredo

Enfermeira Cooperante:
Mestre Ana Cristina Gonçalves

Santarém, junho de 2019

INTRODUÇÃO


Estágio II:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Relatório:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência; Fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



CONCELHO DO ENTRONCAMENTO



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO




PROGRAMA DA UCC: Pessoas/famílias com critérios de risco, vulnerabilidade e/ou dependência que vivem sós*.

Intervenção no Diagnóstico elaborado no Estágio I:

Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós, dos 16 idosos inseridos no projeto da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Entrancamento do projeto

Questionário OARS



Item	Porcentagem
Bolcheamento social em grupo semanal	56%
Estado psicológico em grupo semanal	53,4%
Não existe atividade física em grupo semanal	16,3%
Capacidade para fazer compras/compartilhadas em grupo semanal	14,2%
Capacidade de cuidar de casa/compartilhadas em grupo semanal	14,2%
Mobilidade Comportamental em grupo semanal	11,5%

Gráfico 1 - Distribuição da percentagem relativa ao critério Vulnerabilidade

**SER ATIVO TODOS OS DIAS
UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO DOS IDOSOS**

AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO EMPOWERMENT DOS IDOSOS NA ATIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO: SCOPING REVIEW

Questão: Quais as intervenções de Enfermagem no empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Objetivo: Compreender de que forma o Enfermeiro promove o empowerment dos idosos na atividade física em contexto comunitário.

Contributo para a questão de revisão:

As estratégias voltadas para a educação dos utentes permitem o empowerment destes e, por conseguinte, mais auto-capacitação, o que resulta na melhoria da sua qualidade de vida. É através da informação, educação e suporte, fornecida pelos enfermeiros, que é possível satisfazer as necessidades destes indivíduos, tendo como base os seus valores, experiências e objetivos pessoais.

Este estudo evidencia a importância da atividade física, a duração e frequência com que se deverá praticar atividade física para trazer benefícios em indivíduos com mais de 65 anos, diferenciando-os por género. E por fim, demonstrar quais as consequências da não adesão à atividade física nos idosos.

SCOPING REVIEW

Data	Evento	Atividade	Sessão
Dia 18 de Março de 2019	Apresentação do Diagnóstico aos Parceiros Da UCC	Apresentação do Diagnóstico aos Parceiros Da UCC	0ª SESSÃO
Dia 8 de Abril de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Caminhada	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Caminhada	1ª SESSÃO
Dia 8 de Maio de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Recursos e atividades na comunidade	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Recursos e atividades na comunidade	2ª SESSÃO
Dia 22 de Maio de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Exercícios Individuais	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Exercícios Individuais	3ª SESSÃO

Data	Atividade	Nº de Idosos
Dia 18 de Março de 2019	Apresentação do Diagnóstico aos Parceiros Da UCC	PARCEIROS
Dia 8 de Abril de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Caminhada	5 IDOSOS
Dia 8 de Maio de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Recursos e atividades na comunidade	7 IDOSOS
Dia 22 de Maio de 2019	Promoção da atividade Física para pessoas idosas: Exercícios Individuais	9 IDOSOS

DIVULGAÇÃO

1ª SESSÃO

2ª SESSÃO

3ª SESSÃO

4ª SESSÃO

5ª SESSÃO

6ª SESSÃO

7ª SESSÃO

8ª SESSÃO

9ª SESSÃO

10ª SESSÃO

11ª SESSÃO

12ª SESSÃO

13ª SESSÃO

14ª SESSÃO

15ª SESSÃO

16ª SESSÃO

17ª SESSÃO

18ª SESSÃO

19ª SESSÃO

20ª SESSÃO

21ª SESSÃO

22ª SESSÃO

23ª SESSÃO

24ª SESSÃO

25ª SESSÃO

26ª SESSÃO

27ª SESSÃO

28ª SESSÃO

29ª SESSÃO

30ª SESSÃO

31ª SESSÃO

32ª SESSÃO

33ª SESSÃO

34ª SESSÃO

35ª SESSÃO

36ª SESSÃO

37ª SESSÃO

38ª SESSÃO

39ª SESSÃO

40ª SESSÃO

41ª SESSÃO

42ª SESSÃO

43ª SESSÃO

44ª SESSÃO

45ª SESSÃO

46ª SESSÃO

47ª SESSÃO

48ª SESSÃO

49ª SESSÃO

50ª SESSÃO

51ª SESSÃO

52ª SESSÃO

53ª SESSÃO

54ª SESSÃO

55ª SESSÃO

56ª SESSÃO

57ª SESSÃO

58ª SESSÃO

59ª SESSÃO

60ª SESSÃO

61ª SESSÃO

62ª SESSÃO

63ª SESSÃO

64ª SESSÃO

65ª SESSÃO

66ª SESSÃO

67ª SESSÃO

68ª SESSÃO

69ª SESSÃO

70ª SESSÃO

71ª SESSÃO

72ª SESSÃO

73ª SESSÃO

74ª SESSÃO

75ª SESSÃO

76ª SESSÃO

77ª SESSÃO

78ª SESSÃO

79ª SESSÃO

80ª SESSÃO

81ª SESSÃO

82ª SESSÃO

83ª SESSÃO

84ª SESSÃO

85ª SESSÃO

86ª SESSÃO

87ª SESSÃO

88ª SESSÃO

89ª SESSÃO

90ª SESSÃO

91ª SESSÃO

92ª SESSÃO

93ª SESSÃO

94ª SESSÃO

95ª SESSÃO

96ª SESSÃO

97ª SESSÃO

98ª SESSÃO

99ª SESSÃO

100ª SESSÃO

101ª SESSÃO

102ª SESSÃO

103ª SESSÃO

104ª SESSÃO

105ª SESSÃO

106ª SESSÃO

107ª SESSÃO

108ª SESSÃO

109ª SESSÃO

110ª SESSÃO

111ª SESSÃO

112ª SESSÃO

113ª SESSÃO

114ª SESSÃO

115ª SESSÃO

116ª SESSÃO

117ª SESSÃO

118ª SESSÃO

119ª SESSÃO

120ª SESSÃO

121ª SESSÃO

122ª SESSÃO

123ª SESSÃO

124ª SESSÃO

125ª SESSÃO

126ª SESSÃO

127ª SESSÃO

128ª SESSÃO

129ª SESSÃO

130ª SESSÃO

131ª SESSÃO

132ª SESSÃO

133ª SESSÃO

134ª SESSÃO

135ª SESSÃO

136ª SESSÃO

137ª SESSÃO

138ª SESSÃO

139ª SESSÃO

140ª SESSÃO

141ª SESSÃO

142ª SESSÃO

143ª SESSÃO

144ª SESSÃO

145ª SESSÃO

146ª SESSÃO

147ª SESSÃO

148ª SESSÃO

149ª SESSÃO

150ª SESSÃO

151ª SESSÃO

152ª SESSÃO

153ª SESSÃO

154ª SESSÃO

155ª SESSÃO

156ª SESSÃO

157ª SESSÃO

158ª SESSÃO

159ª SESSÃO

160ª SESSÃO

161ª SESSÃO

162ª SESSÃO

163ª SESSÃO

164ª SESSÃO

165ª SESSÃO

166ª SESSÃO

167ª SESSÃO

168ª SESSÃO

169ª SESSÃO

170ª SESSÃO

171ª SESSÃO

172ª SESSÃO

173ª SESSÃO

174ª SESSÃO

175ª SESSÃO

176ª SESSÃO

177ª SESSÃO

178ª SESSÃO

179ª SESSÃO

180ª SESSÃO

181ª SESSÃO

182ª SESSÃO

183ª SESSÃO

184ª SESSÃO

185ª SESSÃO

186ª SESSÃO

187ª SESSÃO

188ª SESSÃO

189ª SESSÃO

190ª SESSÃO

191ª SESSÃO

192ª SESSÃO

193ª SESSÃO

194ª SESSÃO

195ª SESSÃO

196ª SESSÃO

197ª SESSÃO

198ª SESSÃO

199ª SESSÃO

200ª SESSÃO

201ª SESSÃO

202ª SESSÃO

203ª SESSÃO

204ª SESSÃO

205ª SESSÃO

206ª SESSÃO

207ª SESSÃO

208ª SESSÃO

209ª SESSÃO

210ª SESSÃO

211ª SESSÃO

212ª SESSÃO

213ª SESSÃO

214ª SESSÃO

215ª SESSÃO

216ª SESSÃO

217ª SESSÃO

218ª SESSÃO

219ª SESSÃO

220ª SESSÃO

221ª SESSÃO

222ª SESSÃO

223ª SESSÃO

224ª SESSÃO

225ª SESSÃO

226ª SESSÃO

227ª SESSÃO

228ª SESSÃO

229ª SESSÃO

230ª SESSÃO

231ª SESSÃO

232ª SESSÃO

233ª SESSÃO

234ª SESSÃO

235ª SESSÃO

236ª SESSÃO

237ª SESSÃO

238ª SESSÃO

239ª SESSÃO

240ª SESSÃO

241ª SESSÃO

242ª SESSÃO

243ª SESSÃO

244ª SESSÃO

245ª SESSÃO

246ª SESSÃO

247ª SESSÃO

248ª SESSÃO

249ª SESSÃO

250ª SESSÃO

251ª SESSÃO

252ª SESSÃO

253ª SESSÃO

254ª SESSÃO

255ª SESSÃO

256ª SESSÃO

257ª SESSÃO

258ª SESSÃO

259ª SESSÃO

260ª SESSÃO

261ª SESSÃO

262ª SESSÃO

263ª SESSÃO

264ª SESSÃO

265ª SESSÃO

266ª SESSÃO

267ª SESSÃO

268ª SESSÃO

269ª SESSÃO

270ª SESSÃO

271ª SESSÃO

272ª SESSÃO

273ª SESSÃO

274ª SESSÃO

275ª SESSÃO

276ª SESSÃO

277ª SESSÃO

278ª SESSÃO

279ª SESSÃO

280ª SESSÃO

281ª SESSÃO

282ª SESSÃO

283ª SESSÃO

284ª SESSÃO

285ª SESSÃO

286ª SESSÃO

287ª SESSÃO

288ª SESSÃO

289ª SESSÃO

290ª SESSÃO

291ª SESSÃO

292ª SESSÃO

293ª SESSÃO

294ª SESSÃO

295ª SESSÃO

296ª SESSÃO

297ª SESSÃO

298ª SESSÃO

299ª SESSÃO

300ª SESSÃO

301ª SESSÃO

302ª SESSÃO

303ª SESSÃO

304ª SESSÃO

305ª SESSÃO

306ª SESSÃO

307ª SESSÃO

308ª SESSÃO

309ª SESSÃO

310ª SESSÃO

311ª SESSÃO

312ª SESSÃO

313ª SESSÃO

314ª SESSÃO

315ª SESSÃO

316ª SESSÃO

317ª SESSÃO

318ª SESSÃO

319ª SESSÃO

320ª SESSÃO

321ª SESSÃO

322ª SESSÃO

323ª SESSÃO

324ª SESSÃO

325ª SESSÃO

326ª SESSÃO

327ª SESSÃO

328ª SESSÃO

329ª SESSÃO

330ª SESSÃO

331ª SESSÃO

332ª SESSÃO

333ª SESSÃO

334ª SESSÃO

335ª SESSÃO

336ª SESSÃO

337ª SESSÃO

338ª SESSÃO

339ª SESSÃO

340ª SESSÃO

341ª SESSÃO

342ª SESSÃO

343ª SESSÃO

344ª SESSÃO

345ª SESSÃO

346ª SESSÃO

347ª SESSÃO

348ª SESSÃO

349ª SESSÃO

350ª SESSÃO

351ª SESSÃO

352ª SESSÃO

353ª SESSÃO

354ª SESSÃO

355ª SESSÃO

356ª SESSÃO

357ª SESSÃO

358ª SESSÃO

359ª SESSÃO

360ª SESSÃO

361ª SESSÃO

362ª SESSÃO

363ª SESSÃO

364ª SESSÃO

365ª SESSÃO

366ª SESSÃO

367ª SESSÃO

368ª SESSÃO

369ª SESSÃO

370ª SESSÃO

371ª SESSÃO

372ª SESSÃO

373ª SESSÃO

374ª SESSÃO

375ª SESSÃO

376ª SESSÃO

377ª SESSÃO

378ª SESSÃO

379ª SESSÃO

380ª SESSÃO

381ª SESSÃO

382ª SESSÃO

383ª SESSÃO

384ª SESSÃO

385ª SESSÃO

386ª SESSÃO

387ª SESSÃO

388ª SESSÃO

389ª SESSÃO

390ª SESSÃO

391ª SESSÃO

392ª SESSÃO

393ª SESSÃO

394ª SESSÃO

395ª SESSÃO

396ª SESSÃO

397ª SESSÃO

398ª SESSÃO

399ª SESSÃO

400ª SESSÃO

401ª SESSÃO

402ª SESSÃO

403ª SESSÃO

404ª SESSÃO

405ª SESSÃO

406ª SESSÃO

407ª SESSÃO

408ª SESSÃO

409ª SESSÃO

410ª SESSÃO

411ª SESSÃO

412ª SESSÃO

413ª SESSÃO

414ª SESSÃO

415ª SESSÃO

416ª SESSÃO

417ª SESSÃO

418ª SESSÃO

419ª SESSÃO

420ª SESSÃO

421ª SESSÃO

422ª SESSÃO

423ª SESSÃO

424ª SESSÃO

425ª SESSÃO

426ª SESSÃO

427ª SESSÃO

428ª SESSÃO

429ª SESSÃO

430ª SESSÃO

431ª SESSÃO

432ª SESSÃO

433ª SESSÃO

434ª SESSÃO

435ª SESSÃO

436ª SESSÃO

437ª SESSÃO

438ª SESSÃO

439ª SESSÃO

440ª SESSÃO

441ª SESSÃO

442ª SESSÃO

443ª SESSÃO

444ª SESSÃO

445ª SESSÃO

446ª SESSÃO

447ª SESSÃO

448ª SESSÃO

449ª SESSÃO

450ª SESSÃO

451ª SESSÃO

452ª SESSÃO

453ª SESSÃO

454ª SESSÃO

455ª SESSÃO

456ª SESSÃO

457ª SESSÃO

458ª SESSÃO

459ª SESSÃO

460ª SESSÃO

461ª SESSÃO

462ª SESSÃO

463ª SESSÃO

464ª SESSÃO

465ª SESSÃO

466ª SESSÃO

467ª SESSÃO

468ª SESSÃO

469ª SESSÃO

470ª SESSÃO

471ª SESSÃO

472ª SESSÃO

473ª SESSÃO

474ª SESSÃO

475ª SESSÃO

476ª SESSÃO

477ª SESSÃO

478ª SESSÃO

479ª SESSÃO

480ª SESSÃO

481ª SESSÃO

482ª SESSÃO

483ª SESSÃO

484ª SESSÃO

485ª SESSÃO

486ª SESSÃO

487ª SESSÃO

488ª SESSÃO

489ª SESSÃO

490ª SESSÃO

491ª SESSÃO

492ª SESSÃO

493ª SESSÃO

494ª SESSÃO

495ª SESSÃO

496ª SESSÃO

497ª SESSÃO

498ª SESSÃO

499ª SESSÃO

500ª SESSÃO

501ª SESSÃO

502ª SESSÃO

503ª SESSÃO

504ª SESSÃO

505ª SESSÃO

506ª SESSÃO

507ª SESSÃO

508ª SESSÃO

509ª SESSÃO

510ª SESSÃO

511ª SESSÃO

512ª SESSÃO

513ª SESSÃO

514ª SESSÃO

515ª SESSÃO

516ª SESSÃO

517ª SESSÃO

518ª SESSÃO

519ª SESSÃO

520ª SESSÃO

521ª SESSÃO

522ª SESSÃO

523ª SESSÃO

524ª SESSÃO

525ª SESSÃO

526ª SESSÃO

527ª SESSÃO

528ª SESSÃO

529ª SESSÃO

530ª SESSÃO

531ª SESSÃO

532ª SESSÃO

533ª SESSÃO

534ª SESSÃO

535ª SESSÃO

536ª SESSÃO

537ª SESSÃO

538ª SESSÃO

539ª SESSÃO

540ª SESSÃO

541ª SESSÃO

542ª SESSÃO

543ª SESSÃO

544ª SESSÃO

545ª SESSÃO

546ª SESSÃO

547ª SESSÃO

548ª SESSÃO

549ª SESSÃO

550ª SESSÃO

551ª SESSÃO

552ª SESSÃO

553ª SESSÃO

554ª SESSÃO

555ª SESSÃO

556ª SESSÃO

557ª SESSÃO

558ª SESSÃO

559ª SESSÃO

560ª SESSÃO

561ª SESSÃO

562ª SESSÃO

563ª SESSÃO

564ª SESSÃO

565ª SESSÃO

566ª SESSÃO

567ª SESSÃO

568ª SESSÃO

569ª SESSÃO

570ª SESSÃO

571ª SESSÃO

572ª SESSÃO

573ª SESSÃO

574ª SESSÃO

575ª SESSÃO

576ª SESSÃO

577ª SESSÃO

578ª SESSÃO

579ª SESSÃO

580ª SESSÃO

581ª SESSÃO

582ª SESSÃO

583ª SESSÃO

584ª SESSÃO

585ª SESSÃO

586ª SESSÃO

587ª SESSÃO

588ª SESSÃO

589ª SESSÃO

590ª SESSÃO

591ª SESSÃO

592ª SESSÃO

593ª SESSÃO

594ª SESSÃO

1ª SESSÃO

FOLHETOS

3ª SESSÃO

CARTAZ

1ª SESSÃO

Facebook Câmara Municipal do Entroncamento (Dia 9 de Abril 2019)

2ª SESSÃO

Entroncamento Online (Dia 6 de Maio 2019) – Artigo

3ª SESSÃO

Câmara Municipal do Entroncamento – Site Online (Dia 9 de Abril 2019)

Publicações nas plataformas online pós-evento

1ª SESSÃO **2ª SESSÃO** **3ª SESSÃO**

- Fichas de avaliação de conhecimentos - Questionário de avaliação sessão

AVALIAÇÃO		
Indicadores	Metas	Resultados
Percentagem de sessões realizadas: Percentagem de adesão da população alvo às sessões realizadas Percentagem de capacitação da população alvo para a prática de atividade física Percentagem de conhecimento sobre os recursos da comunidade para a atividade física pela população alvo Percentagem de idosos que praticaram os exercícios individuais aquando a terceira sessão.	Realização de 100% das sessões Que cerca de 40% dos idosos da população alvo abra às sessões de educação para a saúde Que cerca de 40% dos idosos da população alvo fique capacitado para a prática de atividade física Que cerca de 50% dos idosos da população alvo conheça os recursos da comunidade para a prática de atividade física Que cerca de 30% dos idosos da população alvo participe nos exercícios individuais apresentados na sessão	$4/4 \times 100 = 100\%$ $9/16 \times 100 = 56,2\%$ $7/9 \times 100 = 77,7\%$ $6/7 = 85,7\%$ $8/9 \times 100 = 88,8\%$ ↓ OBJETIVOS ATINGIDOS

Continuidade projeto

- Os idosos ficaram integrados nas atividades existentes na comunidade que promovem a atividade física.
- Sessões de educação para a saúde
- Cartaz e folhetos
- Artigo para a rádio
- Artigo para o Jornal

Obrigada pela vossa atenção!