

Título completo do manuscrito: Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável: diagnóstico orientado para as comunidades ERPI com o Protocolo MAIEC[©]

Título resumido do manuscrito: Alto Minho + Inclusivo e Diagnóstico Comunitário

Odete Maria Azevedo Alves

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE; Institute of Biometric Sciences Abel Salazar I (ICBAS) | University of Porto, Porto, Portugal | odete.alves@ulsam.min-saude.pt | odetemaalves@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-1294-3407

Pedro Miguel de Almeida Melo

Escola Superior de Enfermagem do Porto | pedromelo@esenf.pt

ORCID ID: 0000-0002-0005-6384

Paula Clara Ribeiro Santos

School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal; Research Centre in Physical Activity, Health and Leisure. Faculty of Sport - University of Porto and Laboratory for Integrative and Translational

Research in Population Health, Porto, Portugal | paulaclara@ess.ipp.pt

ORCID ID: 0000-0003-3548-700X

Laura da Conceição Mendes de Brito

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca | britolaura@hotmail.com / laurabritoscmpb.pt

ORCID ID: 0000-0002-5564-5231

Olga Fernandes Franco Rodrigues

Centro Paroquial e Social de Guilhadeses – Arcos de Valdevez | olgaffrodrigues1981@gmail.com

ORCID ID: 0009-0002-3942-1796

Maria da Graça Netto Lima da Silva Pereira Ferro

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE | graca.ferro@ulsam.min-saude.pt

ORCID ID: 0000-0002-0083-2371

Nádia Verónica Sampaio Andrade

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE | nadia.andrade@ulsam.min-saude.pt

ORCID ID 0009-0003-7686-0496

Pedro Maciel Barbosa

School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal; Center for Research in Rehabilitation, School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal | p.macielbarbosa@gmail.com

ORCID ID 0000-0003-4189-674X

Cláudia Telles de Freitas

Serviço Nacional de Saúde, Portugal; Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | claudiatellesfreitas.partners@gmail.com | ctfreitas@ufp.edu.pt

ORCID ID 0000-0003-4497-3640

Rui Pedro Teixeira Ferreira da Silva

Câmara Municipal de Vila Nova de Cerveira

RTeixeira@cm-vncerveira.pt

Resumo

O projeto “Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” trata-se de uma iniciativa conjunta entre entidades públicas e de solidariedade social do Alto Minho e conta com o envolvimento ativo da comunidade. Através de uma abordagem colaborativa e participativa, pretende criar um ambiente favorável à promoção da saúde e bem-estar da população idosa, contribuindo assim para uma sociedade mais inclusiva e coesa.

Pretende avaliar o Empoderamento comunitário e a Gestão comunitária como estratégias para garantir a participação ativa dos idosos e colaboração das instituições. O Modelo de Avaliação e Intervenção em Enfermagem Comunitária (MAIEC[®]) é utilizado para entender as necessidades de saúde das comunidades, incluindo análise das populações, recursos locais, condições ambientais e sociais que afetam a saúde comunitária. Através de grupos focais com líderes/membros da comunidade foi avaliado o Empoderamento comunitário e com a aplicação de um questionário foi efetuado o diagnóstico da Gestão comunitária.

Em termos de diagnóstico da Gestão comunitária para a promoção do envelhecimento

ativo e saudável das pessoas idosas residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, verifica-se que a Liderança comunitária – subdimensão “Conhecimentos”, Participação comunitária e Processo comunitário se encontram comprometidos. Quanto ao nível do Empoderamento comunitário, constatam-se seis domínios com score inferior a 2, comum a mais do que uma comunidade.

No Empoderamento comunitário, existem domínios suscetíveis de serem melhorados e a Gestão comunitária está comprometida. Torna necessário a implementação de um programa de intervenção multidisciplinar focado na promoção do envelhecimento ativo e saudável, considerando as comunidades como unidade de cuidados.

Palavras-chave: envelhecimento ativo e saudável; idosos; empoderamento e gestão comunitária; equipa multidisciplinar; modelo de avaliação e intervenção em enfermagem comunitária.

Introdução

Dada a relevância do envelhecimento demográfico atual e a projeção de um contínuo aumento da prevalência de pessoas idosas nos próximos anos, torna-se fundamental implementar medidas de prevenção da ocorrência de quedas e de lesões, com a inevitável hospitalização, perda da capacidade funcional, institucionalização e risco de morte, e respetivas consequências a nível pessoal, familiar, social e económico (Baptista *et al.*, 2019; WHO, 2020).

Um de entre vários fatores que contribuem para a ocorrências de quedas e de lesões nos idosos é a sarcopenia. O termo sarcopenia surge pela primeira vez em 1988, porém uma definição internacional ainda não é consensual. Em concordância com a definição de sarcopenia do *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP), atualmente esta não compreende somente a diminuição de massa muscular, incluindo na sua definição a perda de força muscular e a diminuição do desempenho funcional (Abellan van Kan, 2009). É, atualmente, definida como uma desordem progressiva e generalizada do músculo-esquelético que está associada a uma maior probabilidade de complicações de saúde, incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade. Atualmente, para além do envelhecimento, três fatores foram reconhecidos como potenciais causas da sarcopenia: (a) doenças sistémicas, especialmente aquelas que

umentam os processos inflamatórios; (b) inatividade física; e (c) ingestão inadequada de energia ou proteína. Assim, tendo em conta os seus fatores causais, a sarcopenia é atualmente classificada como: (a) primária, relacionada apenas com a idade; e (b) secundária, quando há ocorrência de fatores de causalidade que não o envelhecimento, tais como doenças crónicas (Cruz-Jentoft *et al.*, 2019). Esta desordem, anteriormente entendida como uma condição inerente à idade, apresenta causas diferentes e afeta muitos indivíduos independentemente da idade. A sarcopenia é atualmente reconhecida como uma condição patológica e foi incluída na classificação internacional de doenças (OMS, 1994). A prevalência da sarcopenia aumenta com a idade, o que traduz graves perdas para a saúde das pessoas idosas, influenciando a sua qualidade de vida. Alguns estudos referem que associado à sarcopenia existe também um aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como dislipidémia, hipertensão, insulinoresistência e diabetes *mellitus* do tipo 2 (Karakelides & Nair, 2005). Outros estudos demonstraram que determinados valores do quociente da massa muscular esquelética estavam associados com perturbações do desequilíbrio, incapacidade na realização das atividades de vida diária (AVD) e quedas durante o ano anterior (Baumgartner *et al.*, 1998).

Tonga, *et al.* (2020) verificaram que a morbilidade psicológica é um fator de risco para a fragilidade e comprometimento cognitivo e, por sua vez, menor pontuação no *Mini Mental State Examination* (MMSE) está associada a maior fragilidade, comorbilidade e dependência nas AVD (Alencar *et al.*, 2013), acelerando o processo para um quadro demencial. Isto sugere que um mecanismo subjacente à ligação entre a fragilidade e a cognição pode envolver fatores psicológicos, tais como distúrbios de humor (Hammami *et al.*, 2020), e estes, por sua vez, têm repercussões na qualidade de vida e diminuem a autonomia na realização das AVD (Rosenberg *et al.*, 2019).

A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado, e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares (DGS, 2010). Estima-se que 45 a 80% dos idosos institucionalizados tem dor substancial subtratada (Ickowicz *et al.*, 2002). A dor musculoesquelética está associada à diminuição da qualidade de vida e a limitações nas atividades de vida diária e na

mobilidade (Sodhi *et al.*, 2020). Está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (Ickowicz *et al.*, 2002). Verifica-se que a frequência da dor e da fragilidade aumenta com a idade e, muitas vezes, coexistem. Por isso, e pelo facto de a dor também ser fator de risco para quedas, limitação funcional e morte, a dor persistente tem sido considerada causa, consequência ou mesmo manifestação adicional de fragilidade. Vários estudos recentes têm apoiado a existência da associação entre dor e risco de fragilidade (Sodhi *et al.*, 2020; Chiou *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2019; Guerriero & Reid, 2020; Lin *et al.*, 2020). Muitos estudos têm vindo, também, a associar dor crónica e depressão, assim como depressão e síndrome de fragilidade (Chiou *et al.*, 2018; Mezuk *et al.*, 2012).

As quedas são o acidente doméstico mais frequente nas pessoas idosas e a principal causa de morte acidental na população dos maiores de 65 anos. Em Portugal, entre 2000 e 2013, em cada 100 internamentos em indivíduos com mais de 65 anos, três tiveram como causa uma queda, sendo que, em média, cada um destes internamentos teve a duração de 13 dias. De referir, ainda, que a cada 100 internamentos devido a quedas, seis têm como desfecho a morte ainda no hospital. Estudos mostraram uma taxa de incidência de quedas nos idosos de cerca de 12% (DGS, 2017; Preto, 2017).

Para reverter esta tendência implica potenciar os fatores promotores de um envelhecimento ativo, no que diz respeito à alimentação saudável, à prática do exercício físico, à gestão medicamentosa, à estimulação cognitiva, à gestão da dor e ao aumento do nível da literacia em saúde.

Com base no problema e proposta apresentados, realçamos a relevância na implementação de um projeto de intervenção comunitária multidisciplinar sustentável, o que pressupõe o estabelecimento de parcerias e o envolvimento da comunidade na resolução dos problemas/necessidades identificadas.

O projeto "*Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável*" trata-se de uma iniciativa conjunta entre entidades públicas e de solidariedade social do Alto Minho e conta com o envolvimento ativo da comunidade. Através de uma abordagem colaborativa e participativa, pretende criar um ambiente favorável à promoção da saúde

e do bem-estar da população idosa, contribuindo assim para uma sociedade mais inclusiva e coesa. Os objetivos do nosso estudo, no que se refere às comunidades como clientes, foram:

- Identificar o nível de *Empoderamento comunitário* das comunidades envolvidas na promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia;
- Identificar o diagnóstico de enfermagem no foco *Gestão comunitária*, usando como referencial o MAIEC[®], destas comunidades para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia.

No que se refere às pessoas idosas, ainda que não seja a parte do estudo explorada neste artigo, tivemos como objetivos: avaliar a presença de fragilidade; avaliar o risco de sarcopenia; avaliar o risco nutricional; avaliar *Status Mental e Cognitivo*; avaliar o risco de queda e a funcionalidade; avaliar os conhecimentos das pessoas idosas relacionados com a prevenção de quedas, estado nutricional, bem-estar físico e mental e dor; avaliar Ansiedade e Depressão; avaliar a Dor; e avaliar a qualidade de vida nas pessoas idosas. Neste artigo apresentamos os resultados relacionados com a abordagem das comunidades como unidade de cuidados.

Métodos

Para fazer a abordagem das comunidades como clientes, utilizamos o *Protocolo MAIEC[®]* que se desenvolve em quatro fases: a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário*, o diagnóstico da *Gestão comunitária*, as intervenções que respondem aos diagnósticos e a avaliação de ganhos em saúde. A realização do diagnóstico da *Gestão comunitária* das comunidades alvo deste estudo, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia, tem como referencial a matriz de decisão clínica do MAIEC[®] (que prescreve a atividade de diagnóstico e as intervenções a realizar de acordo com os diagnósticos, utilizando termos da *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE[®]*).

Como populações-alvo, selecionámos as comunidades que correspondem às instituições de cada um dos concelhos abrangidos na implementação do projeto, cujos critérios de inclusão foram: serem instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas nas comunidades e aceitarem participar no nosso estudo.

Para a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário* foram organizados grupos

focais com os líderes e membros da comunidade onde foi aplicada a *Escala de Avaliação do Empoderamento comunitário* (EAveC) (Melo *et al.*, 2020).

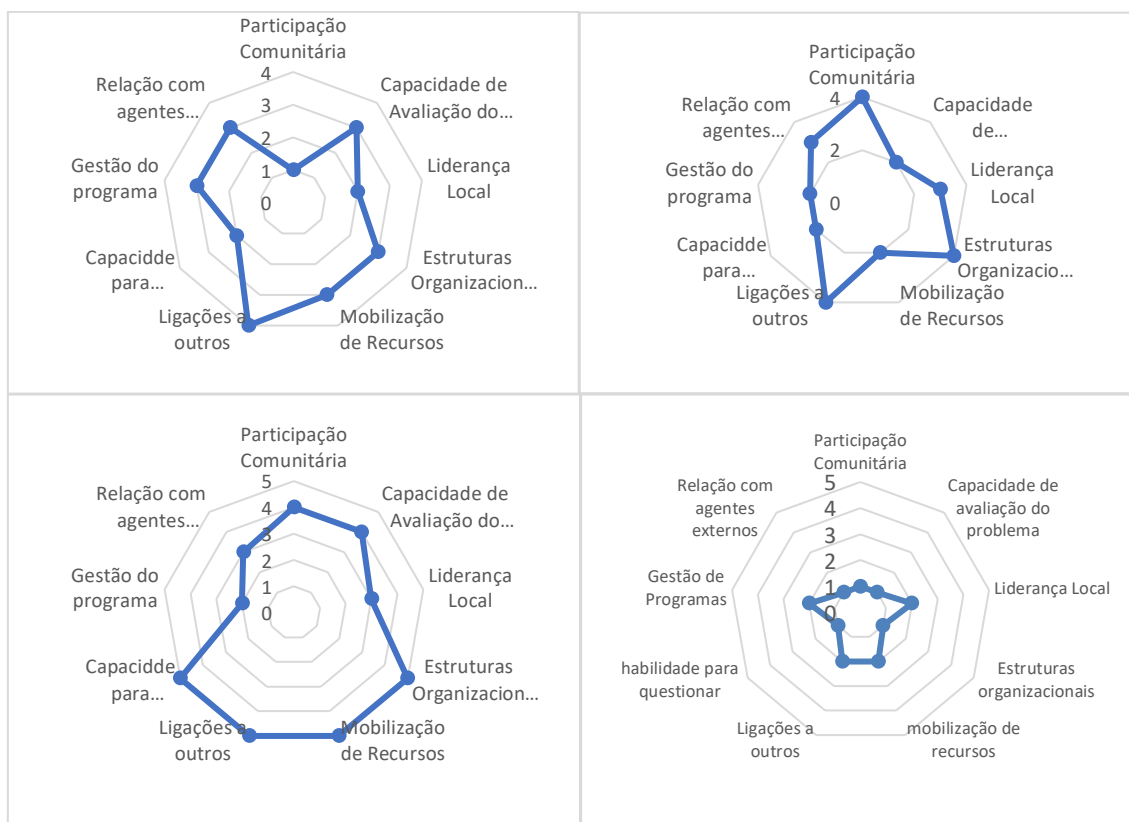
Para a realização do diagnóstico do estado da *Gestão comunitária* das comunidades para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia foi aplicado o questionário MAIEC[®] (Melo, 2020) aos líderes e a todos os membros destas comunidades com a colaboração das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária das UCC, dos concelhos de cada instituição alvo deste projeto. As fases seguintes decorrem desta primeira, com o estabelecimento do diagnóstico, da intervenção e avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária, nas comunidades após a intervenção.

Resultados

Participaram no nosso estudo quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) dos quatro concelhos abrangidos pelo estudo. Relativamente à caracterização sociodemográfica, verificamos que as comunidades são constituídas pelos colaboradores das instituições, integrados em equipas multidisciplinares. A amostra é constituída por 49 colaboradores das quatro comunidades ERPI na avaliação do *Empoderamento comunitário* e por 50 colaboradores na avaliação da *Gestão comunitária*. Numa fase inicial, foi avaliado o *Empoderamento comunitário* das comunidades envolvidas na promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia. Os resultados são apresentados através de gráficos radar para cada uma das instituições, conforme as recomendações do autor (Melo, 2020):

Figura 1

Nível de Empoderamento Comunitário para cada uma das quatro comunidades ERPI do Alto Minho



Da análise dos resultados obtidos permitiu-nos identificar que à exceção de uma comunidade que apresenta *score* inferior a 2 em todos os domínios do nível de *Empoderamento comunitário*, as restantes três comunidades têm *score* entre 3 a 5 em mais de metade dos domínios.

Assim, *na comunidade 1*, dois terços (67%) dos domínios apresenta um *score* entre 3 e 4. Destacamos os domínios “*Ligações a outros*” com o maior *score* de 4 e “*Participação comunitária*” com o menor *score* de 1. Os domínios “*Liderança local*” e “*Capacidade para questionar o porquê*” obtiveram um *score* de 2.

Na *comunidade 2*, 55,6% dos domínios apresentam um *score* superior ou igual a 3, dos quais se destacam os domínios “*Participação comunitária*”, “*Estruturas organizacionais*” e “*Ligações a outros*” que possuem o *score* de 4. Os restantes domínios apresentam *score* igual a 2.

E, *na comunidade 3*, à exceção do domínio “*Gestão do programa*” que apresenta *score*

2, os restantes (89%) domínios apresentam *score* entre 3 a 5.

Como referido, na *comunidade 4* todos os domínios apresentam um *score* inferior ou igual a 2.

O nível de *Empoderamento comunitário* com *score* inferior a 2, comum a mais do que uma comunidade, constata-se em seis domínios, que apresentamos com as respetivas sentenças sugeridas pelo autor (Melo, 2020, p. 150-151) (Figura 1):

Em 3 comunidades:

- *Capacidade para “questionar porquê”* (2): “São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da IPSS e para desafiar o conhecimento adquirido.”, ou num nível mais baixo (1), “Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da IPSS.”
- *Gestão do programa* (2): “A gestão do programa é realizada pelo agente em discussão com a IPSS.”

Em 2 comunidades:

- *Liderança local* (2): “Existem líderes para os setores de atividade da IPSS. Alguns setores de atividade da IPSS não funcionam sob a liderança dos seus líderes.”
- *Capacidade de avaliação do problema* (2): “A IPSS apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.” Ou a um nível mais baixo (1): “A IPSS não realiza qualquer avaliação de problema.”
- *Mobilização de recursos* (2): “Apenas os mais ricos e/ou influentes mobilizam os recursos criados pela IPSS. Os membros da IPSS são recrutados para providenciar recursos.”
- *Participação comunitária* (1): “Nem todos os membros e grupos da IPSS estão a participar nas atividades e reuniões da IPSS.”

De referir que o domínio mais bem qualificado, com um *score* entre quatro e cinco nestas três comunidades, foi *“Ligações a outros”* que pressupõe *“Ligações interdependentes*, definidas e envolvidas no desenvolvimento da IPSS, baseado no respeito mútuo” ou num nível superior que *“As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a IPSS.”*.

Apresentamos agora os resultados relacionados com o diagnóstico no foco *Gestão Comunitário* e as suas três dimensões: *Liderança comunitária*, *Participação comunitária* e *Processo comunitário*, resultado da aplicação do questionário MAIEC[®], organizados na

figura 2:

Figura 2

Diagnóstico da Gestão comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem na comunidade ERPI.

GESTÃO COMUNITÁRIA		
COMPROMETIDA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO COMPROMETIDA <input type="checkbox"/>		
DIMENSÃO DIAGNÓSTICA:		
LIDERANÇA COMUNITÁRIA	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	PROCESSO COMUNITÁRIO
COMPROMETIDA <input checked="" type="checkbox"/>	Comprometida <input checked="" type="checkbox"/>	Comprometido <input checked="" type="checkbox"/>
NÃO COMPROMETIDA <input type="checkbox"/>	Não comprometida <input type="checkbox"/>	Não comprometido <input type="checkbox"/>
SUB-DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO:		
CONHECIMENTOS	PARCERIAS	COPING COMUNITÁRIO
DEMONSTRADO <input type="checkbox"/>	Demonstrado <input type="checkbox"/>	Demonstrado <input type="checkbox"/>
NÃO DEMONSTRADO <input checked="" type="checkbox"/>	Não demonstrado <input checked="" type="checkbox"/>	Não demonstrado <input checked="" type="checkbox"/>
CRENÇAS	ESTRUTURAS ORGANIZATIVAS	
DEMONSTRADO <input checked="" type="checkbox"/>	Demonstrado <input type="checkbox"/>	
NÃO DEMONSTRADO <input type="checkbox"/>	Não demonstrado <input checked="" type="checkbox"/>	
VOLIÇÃO	COMUNICAÇÃO	
DEMONSTRADO <input checked="" type="checkbox"/>	Demonstrado <input type="checkbox"/>	
NÃO DEMONSTRADO <input type="checkbox"/>	Não demonstrado <input checked="" type="checkbox"/>	

Em termos de diagnóstico da *Gestão comunitária* para a promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne à prevenção de complicações, como a fragilidade das pessoas idosas que residem em ERPI, verifica-se que se encontra comprometida, considerando o comprometimento das dimensões *Liderança comunitária* (subdimensão “*Conhecimentos*”), *Participação comunitária* e *Processo comunitário*.

Relativamente à dimensão diagnóstica *Liderança comunitária*, os colaboradores acreditam na importância do projeto, do envolvimento individual e têm vontade em participar no projeto, pelo que se considerou que as subdimensões “*Crenças*” e “*Volição*” não se encontram comprometidas, a subdimensão “*Conhecimentos*” está não demonstrada, uma vez que existem colaboradores que não conhecem os fatores que podem contribuir para o aumento da fragilidade e da sua prevalência nas pessoas idosas institucionalizada.

Na dimensão diagnóstica *Participação comunitária*, as três subdimensões: “*Parcerias*”, “*Estruturas organizativas*” e “*Comunicação*” surgem como comprometidas. Os

colaboradores consideram que não existem evidências destas três subdimensões no que diz respeito à promoção do envelhecimento ativo e saudável, nomeadamente, à prevenção de complicações, como a fragilidade nas pessoas idosas residentes em ERPI. Na dimensão diagnóstica *Processo comunitário*, que também se encontra comprometida, é avaliada a subdimensão “*Coping comunitário*”, que está associado à capacidade da comunidade em mobilizar os recursos e responder aos seus problemas, que neste caso se revelou não demonstrado, pela inexperiência das comunidades com projetos relacionados com a temática em estudo.

Discussão

Perante a carência de estudos em contexto de ERPI e a natureza das comunidades estudadas com resultados publicados, alicerçados no *modelo conceptual MAIEC*[®], como é o caso de escolas, empresas, hospitais e ACeS, não nos permitem realizar comparações no que concerne a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário* e avaliação diagnóstica da *Gestão comunitária*, no contexto do presente estudo.

Ao referir que uma comunidade apresenta *score* inferior a 2 em todos os domínios do nível de *Empoderamento comunitário* e nas restantes é comum a mais do que uma comunidade em seis domínios, isto significa que existem domínios suscetíveis de serem intervencionados e melhorados, como é o caso da Capacidade para “*questionar porquê*”, da *Gestão do programa*, da *Mobilização de recursos*, da *Participação comunitária*, da *Capacidade de avaliação do problema* e da *Liderança local*.

A *Gestão comunitária* direcionada para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem em ERPI está comprometida.

Dado existirem colaboradores que não conhecem os fatores que podem contribuir para o aumento da fragilidade e da sua prevalência nas pessoas idosas institucionalizada, leva-nos a tomar consciência da necessidade acrescida de trabalhar a *motivação* para a *participação* no projeto e de investir na formação para colmatar o défice de conhecimento dos colaboradores, sobre os aspetos basilares da promoção do envelhecimento ativo e saudável e da prevenção de complicações como a fragilidade, *declínio cognitivo* e *risco de queda* nas pessoas idosas residentes em ERPI.

Apesar dos colaboradores considerarem que as IPSS têm experiência no desenvolvimento de projetos relacionados com a promoção do envelhecimento ativo e

saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, verificou-se que a maioria não sabia se o risco de queda era avaliado na sua instituição, com algum instrumento de avaliação específico e não identificaram os aspetos na comunidade que envolve a IPSS, que possam promover o envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, relativamente às dificuldades que possam comprometer o trabalho em parceria entre a IPSS e outras instituições na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, no *declínio cognitivo* e *quedas* nas pessoas idosas, apenas alguns colaboradores identificaram alguns aspetos.

Este estudo veio mostrar que urge continuar a intervir no sentido de divulgar as parcerias existentes, promover a criação de novas estruturas organizativas envolvendo os colaboradores ou os seus representantes e otimizar os recursos de comunicação existentes entre os membros da comunidade.

Estes resultados também sugerem a necessidade de continuar a intervir a partir de reuniões com os membros e líderes das comunidades para identificar experiências anteriores e recursos, levando à consciencialização da comunidade para as suas estratégias de *coping* comunitário, conforme sugerido por Melo (2020).

O modelo conceptual MAIEC[®] (Melo, 2020) continuará a ser decisivo para a melhoria do *Empoderamento comunitário* e da *Gestão comunitária* para a promoção do envelhecimento ativo e prevenção da sarcopenia nas pessoas idosas residentes em ERPI alvo do estudo, com a intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na mesma, pois será possível demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária com as comunidades, com as pessoas idosas residentes e com a participação ativa de todos os parceiros na tomada de decisão para criar e impulsionar o desenvolvimento de um programa de intervenção comunitária multidisciplinar, envolvendo Enfermeiro, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista e Médico, para a promoção de um envelhecimento ativo, com a diminuição da síndrome da fragilidade, do risco de quedas e melhoria da qualidade de vida.

Conclusão

Em relação ao *Empoderamento comunitário*, os domínios suscetíveis de serem

melhorados, como é o caso da Capacidade para “questionar porquê”, da *Gestão do programa*, da *Mobilização de recursos*, da *Participação comunitária*, da *Capacidade de avaliação do problema* e da *Liderança local*.

A *Gestão comunitária* está comprometida pelo comprometimento nas suas três dimensões: a *Liderança comunitária*, a *Participação comunitária* e *Processo comunitário*.

Estes resultados permitiram-nos reforçar que existe a necessidade da implementação de um programa de intervenção comunitária multidisciplinar focado na promoção de um envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem em ERPI, onde a abordagem da *Gestão comunitária* e do *Empoderamento comunitário* emergem como essenciais, considerando, de forma inovadora, as comunidades ERPI como unidades de cuidados.

Referências bibliográficas

- Abellan van Kan, G. (2009). Epidemiology and consequences of sarcopenia. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13, 708-712.
<https://doi.org/10.1007/s12603-009-0201-z>
- Alencar, M. A., Dias, J. M. D., Figueiredo, L. C., & Dias, R. C. (2013). Fragilidade e alteração cognitiva em idosos comunitários. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71, 362-367.
<https://doi.org/10.1590/0004-282X20130039>
- Baptista, F. L. D., Zymbal, V., & Carnide, F. (2019). Prevenção da sarcopenia, fragilidade e de quedas. Faculdade da Motricidade Humana.
- Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., ... & Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American journal of epidemiology*, 147(8), 755-763.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009520>
- Chen, C., Winterstein, A. G., Fillingim, R. B., & Wei, Y. J. (2019). Body weight, frailty, and chronic pain in older adults: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1149-4>
- Chiou, J. H., Liu, L. K., Lee, W. J., Peng, L. N., & Chen, L. K. (2018). What factors mediate the inter-relationship between frailty and pain in cognitively and functionally sound older adults? A prospective longitudinal ageing cohort study in Taiwan.

- BMJ open, 8(2), e018716. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018716>
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação n.º 15, de 14/12*. Lisboa: DGS.
- Guerriero, F., & Reid, M. C. (2020). Linking persistent pain and frailty in older adults. *Pain Medicine*, 21(1), 61-66. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz174>
- Hammami, S., Zarrouk, A., Piron, C., Almas, I., Sakly, N., & Latteur, V. (2020). Prevalence and factors associated with frailty in hospitalized older patients. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01545-4>
- Ickowicz, E., Ferrell, B., Casarett, D., Epplin, J., Fine, P., Gloth, M., Herr, K., Katz, P., Keefe, F., Koo, P. J. S., O'Grady, M., Szwabo, P., Vallerand, A. H., & Weiner, D. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6 SUPPL.), S205-S224. PMID: 12067390 DOI: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x
- Karakelides, H., & Nair, K. S. (2005). Sarcopenia of aging and its metabolic impact. *Current topics in developmental biology*, 68, 123-148. [https://doi.org/10.1016/S0070-2153\(05\)68005-2](https://doi.org/10.1016/S0070-2153(05)68005-2)
- Lin, T., Zhao, Y., Xia, X., Ge, N., & Yue, J. (2020). Association between frailty and chronic pain among older adults: a systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, 11, 945-959. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00382-3>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Melo, P., Teixeira, M. A., Fernandes, C., Ferreira, L., Santos, S., Sousa, M. I. C. D.,... & Dimande, M. M. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Revista ROL de enfermagem*, 1(43), 441-446.
- Mezuk, B., Edwards, L., Lohman, M., Choi, M., & Lapane, K. (2012). Depression and frailty in later life: a synthetic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(9),

879-892. <https://doi.org/10.1002/gps.2807>

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1994). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp.
- Preto, I. C. (2017). Quedas em idosos: investigar para conhecer para intervir (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal)).
- Rosenberg, T., Montgomery, P., Hay, V., & Lattimer, R. (2019). Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalisation-the frailty and ageing cohort study. *BMJ open*, 9(11), e032712. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032712>
- Sodhi, J., Karmarkar, A., Raji, M., Markides, K. S., Ottenbacher, K. J., & Al Snih, S. (2020). Pain as a predictor of frailty over time among older Mexican Americans. *Pain*, 161(1), 109. [10.1097/j.pain.0000000000001711](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001711)
- Tonga, J. B., Eilertsen, D. E., Solem, I. K. L., Arnevik, E. A., Korsnes, M. S., & Ulstein, I. D. (2020). Effect of self-efficacy on quality of life in people with mild cognitive impairment and mild dementia: the mediating roles of depression and anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 35, 1533317519885264. <https://doi.org/10.1177/1533317519885264>
- WHO - World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report.

Agradecimentos

Agradecemos aos dirigentes e colaboradores das comunidades Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dos concelhos de cada instituição alvo.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.