

A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE NAS FAMÍLIAS IDOSAS

Ana Carina da Costa Tavares¹;

Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-4328-0957>

Fátima Moreira Rodrigues².

Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1686-7293>

RESUMO: O envelhecimento populacional é uma realidade crescente, e a obesidade e o excesso de peso constituem problemas de saúde pública relevantes entre a população idosa portuguesa, afetando a qualidade de vida e aumentando o risco de patologias crónicas, bem como o comprometimento da autonomia funcional e psicossocial. A intervenção familiar teve como objetivo prevenir a obesidade nas famílias idosas através da adoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física no âmbito do Programa de Vigilância de Saúde do Idoso de uma Unidade de Saúde Familiar. Utilizou-se a metodologia de projeto associada ao Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar de Wright e Leahey e ao Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons, visando capacitar as famílias para escolhas alimentares equilibradas e prática de atividade física regular. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo com 24 famílias para avaliar estilos de vida. As intervenções incluíram educação para a saúde, acompanhamento personalizado e abordagem sistémica, garantindo suporte contínuo à mudança comportamental para adotarem um estilo de vida saudável. O enfermeiro teve um papel fundamental como educador e facilitador, promovendo melhorias na saúde, reforçando o empoderamento familiar e garantindo a continuidade das intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Gestão da obesidade. Cuidado de Enfermagem.

THE EXPERIENCE OF FAMILY NURSES IN THE PREVENTION OF OBESITY IN ELDERLY FAMILIES

ABSTRACT: Population ageing is a growing reality, and obesity and excess weight are significant public health problems among the elderly Portuguese population, affecting quality of life and increasing the risk of chronic diseases, as well as compromising functional and psychosocial autonomy. The family intervention aimed to prevent obesity in elderly families through the adoption of healthy eating habits and physical activity within the framework of the Elderly Health Surveillance Programme of a Family Health Unit. The project methodology associated with Wright and Leahey's Calgary Model of Family Assessment and Intervention and Pender, Murdaugh and Parsons' Health Promotion Model was used to empower families

to make balanced food choices and engage in regular physical activity. A quantitative, cross-sectional and descriptive study was conducted with 24 families to assess lifestyles. Interventions included health education, personalised follow-up, and a systemic approach, ensuring continuous support for behavioural change to adopt a healthy lifestyle. The nurse played a key role as an educator and facilitator, promoting health improvements, reinforcing family empowerment, and ensuring the continuity of interventions.

KEYWORDS: Family. Obesity management. Nursing care.

INTRODUÇÃO

A família deve ser considerada a unidade central dos cuidados de enfermagem, sendo a intervenção direcionada para o indivíduo e para o sistema familiar no todo. O processo de doença é conceptualizado como uma transição accidental que compromete o equilíbrio familiar (Figueiredo, 2012). A participação ativa dos membros da família no processo de cuidados é fundamental para a promoção da saúde familiar, sendo as inter-relações estabelecidas um recurso essencial para alcançar o sucesso terapêutico.

A experiência de doença de um membro repercute-se significativamente no sistema familiar, podendo ter um impacto emocional e funcional mais significativo nos cuidadores e nos restantes elementos do que no próprio utente. O suporte familiar é um facilitador na adaptação e no processo de gestão da condição de saúde (Sousa *et al.*, 2021). Nas famílias com membros portadores de doenças crónicas, é fundamental identificar os recursos internos e externos que favoreçam a adaptação e sustentam a estabilidade familiar (Figueiredo, 2012).

O estudo adotou uma abordagem centrada nas famílias como sistema reconhecendo que mudanças num membro afetam todo o sistema. Valorizou recursos e competências familiares, colaborando na identificação de problemas, definição de metas e estratégias de mudança (Wright; Leahey, 2012). A prática de enfermagem focou-se nos aspetos positivos das interações familiares e na sua capacidade de enfrentar desafios, sem ignorar dificuldades, mas potenciando forças, recursos e necessidades através de uma abordagem colaborativa (Gottlieb, 2016).

O enfermeiro estabeleceu uma parceria com as famílias idosas, valorizando conhecimentos, crenças e recursos, definindo objetivos realistas para hábitos saudáveis e promovendo autonomia e empoderamento, indo além dos défices associados ao excesso de peso.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright; Leahey, 2012) foi o referencial teórico, possibilitando a identificação de áreas prioritárias, o estabelecimento de planos de cuidados e a promoção da resiliência familiar. Pretendeu-se identificar fatores como: a perceção dos benefícios de uma alimentação equilibrada; o reconhecimento de barreiras (como dificuldades na interpretação de rótulos ou na alteração de hábitos enraizados); e a construção da autoeficácia (confiança na capacidade de realizar a mudança), que podem ser modulados por meio de ações educativas e de acompanhamento

por parte do enfermeiro.

OBJETIVO

Foi realizado um estudo quantitativo transversal e descritivo, entre outubro de 2024 e janeiro de 2025 com os seguintes objetivos:

- a) Caracterizar as famílias de acordo com as dimensões do MCAIF;
- b) Avaliar as medidas antropométricas (peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal);
- c) Descrever os hábitos alimentares através da aplicação da Escala de Hábitos Alimentares (EHA);
- d) Cuidar das famílias com potencial a melhorar o estilo de vida.

METODOLOGIA

O estudo de investigação foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto, uma abordagem sistemática que assentou na identificação, análise e resolução de problemas reais e que possibilitou a integração prática dos conhecimentos adquiridos. Permitiu também o planeamento e aplicação estruturada de intervenções adaptadas, promovendo uma prática reflexiva e fundamentada na evidência científica (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Foi realizado um estudo entre outubro de 2024 e janeiro de 2025. Optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência e teve-se como critérios de inclusão todas as famílias de utentes com 65 ou mais anos, em que pelo menos um dos membros tinha excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²), com ausência de diagnóstico clínico de diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, doença psiquiátrica ou degenerativa, incluindo a oncológica, registado no programa Sclínico e inexistência de atividade física regular ou hábitos alimentares saudáveis.

Foram excluídas as famílias que: residiam fora da área de abrangência; estariam ausentes por um período superior a 4 semanas durante a implementação do projeto; com membros dependentes; e que não dominavam a língua portuguesa.

Num total de 835 famílias com elementos com excesso de peso, 230 cumpriram os critérios de inclusão. Foram convidados 35 elementos, dos quais 24 aceitaram participar no estudo de investigação e assinaram o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

O recrutamento das famílias para a participação no estudo foi realizado de forma direta e presencial na consulta de Vigilância de Saúde do Idoso no mês de outubro de 2024, pela enfermeira investigadora e enfermeira de família.

Foi aplicado o questionário em suporte de papel, preenchido pelo elemento da família que cumpria os critérios definidos, durante as consultas de enfermagem no mês de outubro de 2024. Este questionário estava organizado em 2 partes:

1) Caracterização sociodemográfica, avaliação antropométrica (peso, altura, perímetro do pescoço e abdominal) e análise dos estilos de vida dos elementos das famílias participantes, destacando-se os hábitos alimentares e a prática de atividade

física. O participante podia selecionar múltiplas respostas. Relativo às questões 5 e 6 do questionário parte 1, que se refere à composição do agregado familiar, os tipos de famílias foram classificados de acordo com a classificação proposta por (Caniço *et al.*, 2010).

2) Aplicação da EHA, traduzida e validada para a população portuguesa por Marques *et al.* (2011), após obtenção de autorização prévia. É uma escala constituída por 40 itens distribuídos por quatro dimensões: quantidade, qualidade, variedade e adequação alimentar, classificados numa escala de 1 a 5 pontos, que aumenta da esquerda para a direita, à exceção de alguns itens que são pontuados inversamente.

Foram também retirados dados dos processos clínicos das famílias existentes no Sclínico nomeadamente a escala de Graffar e o Apgar Familiar.

As avaliações antropométricas foram registadas no dia em que aceitaram participar no estudo de investigação e seguiram as orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (2013). Para garantir coerência nas medições, foi sempre utilizada a mesma fita métrica e balança digital, sendo registado o peso com o mínimo de peças de roupa possíveis e a altura e o perímetro abdominal com procedimentos padronizados.

Os dados recolhidos foram organizados segundo o MCAIF e submetidos a análise estatística descritiva, utilizando medidas de frequência absoluta e relativa, tendência central (média e moda) e dispersão (desvio padrão). Posteriormente, foram analisados com recurso ao Microsoft Office Excel®, permitindo avaliar os indicadores definidos.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a prática baseou-se numa abordagem sustentada nos princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo cuidados centrados na família como unidade de cuidados. O estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde n.º 089/2024 da Unidade de Saúde Local.

Foi assegurado o respeito pela integridade, dignidade e autonomia, e promovido um ambiente de confiança e respeito mútuo que facilitou a adesão às intervenções propostas e a corresponsabilização no processo de cuidados. .

A seleção da amostra foi efetuada de forma equitativa, seguindo critérios de inclusão e exclusão alinhados com os objetivos científicos do projeto, sem influência de possíveis privilégios.

Garantiu-se o sigilo, a confidencialidade e o anonimato na recolha e análise da informação obtida durante as avaliações familiares, uma vez que foram removidas todas as identificações diretas, codificados e criados números aleatórios para cada família, tornando impossível relacionar os seus dados (M1 a M24), em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Parlamento Europeu; Conselho da União Europeia, 2016). Os dados foram utilizados exclusi-vamente para a prestação de cuidados de saúde e para a tomada de decisão clínica informada, bem como para fins de investigação devidamente autorizados.

O direito ao consentimento informado foi assegurado, uma vez que tanto o utente como a família foram devidamente esclarecidos sobre os cuidados de enfermagem prestados. As intervenções foram planeadas e implementadas em colaboração com as famílias, tendo em

conta as suas crenças, expetativas e valores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise sociodemográfica da amostra revelou uma composição heterogénea, com diversidade ao nível da idade, sexo e estado civil, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem adaptadas às especificidades de cada família.

Na dimensão estrutural, a amostra foi constituída por 24 elementos com idades entre 65 e 75 anos, com moda de 65 anos, média de 69 e desvio padrão de 2,58. Predominaram participantes do sexo feminino (62,5%), casados (71%), de classe média (67%) e com ensino secundário (29%). Quanto ao tipo de família, verificou-se maior prevalência de famílias nucleares ou díades (29%).

Na dimensão de desenvolvimento, as famílias situam-se no estágio 6, fim de vida, segundo (Carter; McGoldrick, 1995). Na dimensão instrumental, avaliou-se a funcionalidade familiar através do APGAR de Smilkstein: 92% perceberam a família como altamente funcional e apenas dois elementos como disfuncional.

Relativamente aos hábitos saudáveis, todos os participantes manifestaram disponibilidade para melhorar a alimentação e 62,5% interesse em aumentar a prática de atividade física. Entre os facilitadores identificados destacaram-se o acesso a informação (12 participantes), apoio de profissionais (10) e mais tempo disponível (8).

Quanto à prática de exercício físico, 54% não realizavam atividade física regular, sobretudo mulheres (84,6%). Contudo, 62% dos não praticantes pretendiam iniciar exercício nos seis meses seguintes e 92% reconheciam a importância desta prática. As principais barreiras mencionadas foram a falta de tempo e o acesso limitado a espaços adequados.

No que respeita à alimentação, 87,5% afirmaram consumir legumes, vegetais e fruta diariamente, com predominância no sexo feminino. As alterações alimentares desejadas incluíram aumentar a ingestão hídrica, o consumo de fruta, hortícolas, frutos secos e cereais integrais, e reduzir o consumo de carne vermelha. Apesar disso, 33% revelaram dificuldades na interpretação de informações nutricionais.

A avaliação dos comportamentos alimentares, pela EHA, mostrou uma pontuação global adequada (120–159), com média de 140 e moda de 130, desvio padrão 10,2. Contudo, identificaram-se irregularidades, nomeadamente: 62% raramente ou nunca realizavam 5 a 6 refeições diárias; 46% tinham elevado consumo de carnes gordas; 42% consumiam frequentemente alimentos açucarados; 46% apresentavam dieta pouco diversificada; e 42% referiram jejum noturno superior a dez horas. Como facilitadores para melhorar os hábitos alimentares, os participantes destacaram atividades educativas, maior apoio dos profissionais de saúde e literacia sobre rótulos alimentares.

Com base nos problemas identificados na avaliação familiar e dos resultados da caracterização da amostra, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem direcionados às famílias de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®:

- a) **Excesso de peso presente** em 100% dos elementos das Famílias;
- b) **Comportamento alimentar comprometido** porque:
- 13% não incluíam legumes, vegetais e fruta diariamente;
 - 42% ingeriam alimentos ricos em açúcares (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolates) mais que 5 vezes por semana;
 - 13% dos elementos das famílias nunca comiam sopa e 29% só raramente;
 - 46% da amostra tinham uma alimentação pouco diversificada, comendo quase sempre o mesmo tipo de alimentos;
- c) **Padrão de exercício comprometido** porque:
- 54% não realizavam atividade física;
 - dos elementos que praticavam, 29% realizavam-na apenas 1-2 horas por semana;
- d) **Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético** porque:
- todos os participantes (100%) estavam disponíveis para melhorar os hábitos alimentares;
 - 50% referiam que ter mais informação sobre o assunto os ajudaria a melhorar e tornar os hábitos mais saudáveis;
 - 50% referiam que “assistir a palestras, workshops sobre escolhas saudáveis e sustentáveis”, os ajudariam a alterar os hábitos alimentares;
- e) **Potencial para melhorar o conhecimento sobre leitura dos rótulos alimentares** porque:
- 33% referiam que tinham dificuldades em conhecer e interpretar os rótulos alimentares e 21% por vez sentiam essa dificuldade;
 - 38% gostariam de “aumentar os conhecimentos e compreensão sobre os rótulos alimentares”;
- f) **Potencial para melhorar o conhecimento sobre padrão de exercício**, porque:
- 15 elementos das famílias estariam disponíveis para melhorar a prática de atividade física;
 - dos 54% que não praticavam atividade física, 92% referiam que era importante passar a realizá-la e 62% pretendiam realizá-la nos próximos 6 meses;

Para planejar e realizar as intervenções às 18 famílias, considerou-se as orientações de uma revisão da literatura prévia, e a metodologia do MCAIF. Estas foram delineadas com base nos diagnósticos de enfermagem identificados anteriormente, e ajustadas às necessidades e recursos disponíveis para prevenir a obesidade, bem como orientadas para a participação da família e na manutenção das mudanças comportamentais no estilo de vida a longo prazo. Foram abordadas intervenções nos domínios cognitivo, comportamental e afetivo e elaborado o plano de cuidados de forma individualizado a cada família.

Foram também realizadas técnicas e Intervenções de Enfermagem promotoras de mudança focadas na família: conotação positiva e metáforas; e técnicas de intervenção interacionais: rituais terapêuticos e prescrições terapêuticas.

Envolveram métodos tradicionais, como consultas individuais às famílias, presencialmente, que possibilitaram uma interação mais próxima, uma avaliação mais rigorosa e um acompanhamento mais individualizado e adaptado às suas capacidades e contextos. Em paralelo, com base na evidência científica, o recurso a intervenções assentes na utilização de tecnologias digitais, tais como teleconsultas ou acompanhamento por e-mail, ampliou o alcance das intervenções, ao aumentar a frequência das interações e possibilitar a disponibilidade de recursos educativos adicionais, promovendo maior autonomia das famílias e criando um ambiente favorável à manutenção de comportamentos promotores de saúde.

O acompanhamento das famílias idosas realizou-se em cinco consultas presenciais. Nestas consultas foram realizadas avaliação de dados antropométricos; definição de um plano de ação em colaboração com as famílias e os objetivos ou metas a alcançar a curto prazo; bem como mudanças ou dificuldades existentes.

As sessões de educação para a saúde também foram fundamentais para a aprendizagem, bem como para fomentar a motivação e facilitar a adoção de estilos de vida sustentáveis pelas famílias. As sessões tanto a nível individual como em grupo foram focadas, utilizando linguagem clara e acessível e com base nas recomendações do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Direção-Geral da Saúde, 2022) e do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (Direção-Geral Da Saúde, 2020) da DGS. Foram também realizadas 3 sessões de educação para a saúde em grupo onde as famílias foram aconselhadas sobre alimentação saudável, leitura e interpretação dos rótulos alimentares e adoção de hábitos de atividade física.

No final de todas as consultas de enfermagem foram disponibilizados materiais informativos, nomeadamente o panfleto sobre alimentação saudável intitulado “Pequenas Mudanças, Grandes Resultados: adote uma alimentação saudável”; o guia para o aconselhamento breve: 10 passos para a promoção da alimentação saudável da Direção-Geral da Saúde; o panfleto sobre atividade física: “A Receita para uma Vida Saudável!”, e um livro de receitas saudáveis. Os diapositivos dos PowerPoint foram enviados por email para as famílias participantes.

Após a implementação das intervenções, realizou-se uma última consulta de enfermagem, durante a qual foram novamente avaliados os parâmetros antropométricos, aplicada a EHA e aplicado um questionário final.

Dos resultados obtidos, destacam-se melhorias significativas nos parâmetros antropométricos: 78% dos elementos das famílias perderam entre 300 gramas (g) e 4200 g de peso, com uma média de perda de 680 g e um desvio padrão de 0,29. 22% dos elementos aumentaram entre 100 g e 1000g. É importante salientar que o elemento da família com mais perda de peso deixou de ter excesso de peso (IMC de 23,7) e o que aumentou mais de peso passou a obeso (IMC de 30,7).

Relativamente ao perímetro do pescoço, 33% dos elementos registaram reduções entre 0,5 e 2 centímetros (cm); 39% dos elementos das famílias mantiveram e 11% dos

elementos aumentaram em 3cm. No perímetro abdominal, 78% dos elementos apresentaram uma diminuição entre 0,5cm e 6cm, com uma média de perda de 3cm e um desvio padrão de 2. 28% dos elementos aumentaram entre 2cm e 7cm, com uma média de perda de 1,79cm e um desvio padrão de 3,88.

Referente à prática de atividade física, a intervenção revelou também mudanças positivas. 39% dos elementos passaram a praticar de forma regular e, dos que já praticavam, 17% passaram a fazê-lo com maior frequência e duração. 17% mantiveram o seu sedentarismo durante o projeto.

Inicialmente, todos os elementos já apresentavam hábitos alimentares adequados nas quatro dimensões. Após a intervenção, observaram-se melhorias significativas, com uma pontuação média que passou de 137,5 para 171,9. No geral, houve melhoria em todas as dimensões, com 44,4% dos participantes a diminuir o hábito de petiscar entre refeições, 83,3% a diminuir a ingestão de alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolate, etc.) e 77,8% a aumentarem o consumo diário de água para pelo menos 1,5 litros.

Verificaram-se também melhorias expressivas na redução do consumo de alimentos prejudiciais, como carnes gordas (72,2% melhoraram), produtos industriais (61,1% melhoraram) e alimentos salgados (77,8% melhoraram).

Dos elementos das famílias participantes, 89% reportaram ter modificado pelo menos um dos hábitos diários desde o início da intervenção familiar, sem identificarem dificuldades no processo de mudança. Especificamente, 33% dos participantes indicaram ter reduzido a quantidade de alimentos ingeridos durante as refeições, enquanto 28% referiram uma diminuição no consumo de açúcares. Adicionalmente, 22% dos participantes afirmaram ter aumentado a ingestão de legumes e 17% relataram ter incrementado o consumo de sopa na sua alimentação diária. 11% dos elementos mantiveram os seus hábitos iniciais e afirmaram: “Não vejo razão para alterar, senti-me bem assim” e “Não sinto que deva melhorar”.

Entre os 78% dos participantes que modificaram os seus hábitos de vida, foram identificadas diversas percepções positivas relativamente às vantagens dessa mudança. 33% dos indivíduos referiram sentir-se “mais leves”, enquanto quatro mencionaram uma diminuição da sensação de enfiamento. Outros 22% dos participantes indicaram ter observado uma diminuição do perímetro abdominal. 6% relatou que se sentiu “menos cansado e com menos dores articulares”, o que sugere possíveis melhorias na mobilidade e no bem-estar físico.

Usando a escala Likert, de 1 a 5 (em que 1 é nada e 5 é muito), 89% dos elementos das famílias mostraram-se motivados para continuar a mudança de hábitos após o término do projeto, pontuando no intervalo entre 3 e 5, com uma média de 4,3 e moda 4. Este indicador pode assinalar um reforço positivo na adesão a comportamentos saudáveis ao longo do tempo

Usando a mesma escala de Likert a satisfação das famílias em relação ao projeto foi

avaliada entre 4 e 5.

Dos 24 participantes inicialmente previstos, 18 ($n = 18$) concluíram o projeto, o que evidencia uma taxa de adesão de 75%. Todas as metas propostas para os indicadores de resultado, atividade ou adesão foram alcançadas, o que permitiu constatar progressos significativos na literacia em saúde das famílias, refletidos na adoção de hábitos alimentares mais equilibrados e saudáveis, assim como no aumento da prática de atividade física regular. As famílias demonstraram uma maior consciencialização dos fatores de risco associados ao excesso de peso e adesão às recomendações.

As sessões de EpS realizadas no âmbito do projeto obtiveram resultados bastante positivas, reforçando a importância das intervenções educativas, estruturadas e orientadas para as necessidades específicas das famílias. O desempenho da formadora foi considerado de Muito Bom, destacando-se a preparação técnica, a clareza na comunicação, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e a capacidade motivacional. Os resultados e expectativas das famílias foram plenamente muito bom. Todas as sessões educativas contribuíram efetivamente para a aquisição e renovação de conhecimentos, refletindo o alinhamento das temáticas com as necessidades previamente identificadas, desempenhando um papel fundamental no empoderamento e na adesão sustentada a hábitos de vida mais saudáveis.

Durante a realização do projeto, alguns desafios persistiram, nomeadamente a resistência à mudança de hábitos enraizados, a dificuldade de acesso a opções alimentares saudáveis em determinadas circunstâncias socioeconómicas e as limitações físicas que impedem a prática de exercício físico intenso. Para colmatar estas dificuldades, foi reforçada a abordagem motivacional e o acompanhamento contínuo, adaptando as intervenções às necessidades e aos contextos familiares.

Verificou-se que, a nível global, os elementos das famílias obtiveram ganhos em saúde, o que demonstra que, mesmo num período de intervenção curto, e sobretudo numa época do ano festiva, que proporciona a um aumento do consumo de refeições menos saudáveis e ricas em açúcares e gorduras, e à estação do ano desfavorável para a prática de atividade física ao ar livre, o projeto teve um impacto positivo na saúde das famílias.

Dado os indicadores de adesão e de resultados mostrarem a satisfação e o interesse das famílias, foi proposto à equipa da USF que o projeto tenha continuidade e foram sugeridas diretrizes para a consulta sobre a prevenção da obesidade em famílias idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de investigação, fundamentado na metodologia de projeto e baseado no MCAIF (WRIGHT; LEAHEY, 2012), no MPS de Pender, Murdaugh e Parsons (2015), representou uma abordagem abrangente e estratégica para promover um envelhecimento ativo e saudável nas famílias idosas. Permiteu comprovar que o papel do enfermeiro, através de uma abordagem centrada nas famílias idosas como unidade de cuidados, reduziu a prevalência de obesidade nesta população, ao capacitar e promover a adoção de hábitos

alimentares saudáveis e a prática de atividade física.

A elaboração deste estudo teve um impacto positivo não só na saúde e no bem-estar, como também na capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis e, consequentemente, na redução da prevalência de obesidade nesta população. Ao atuar nos diferentes níveis de prevenção, o enfermeiro pode contribuir significativamente para um envelhecimento ativo e saudável, com impactos positivos na qualidade de vida das famílias idosas e na diminuição dos custos associados às doenças crónicas relacionadas com a obesidade.

A intervenção evidenciou a capacidade de facilitar mudanças, promover a literacia em saúde e impulsionar o empoderamento familiar para a manutenção ou mudança de hábitos. A coordenação de cuidados interdisciplinares são decisivas para o sucesso das intervenções propostas, permitindo cuidados personalizados e baseados na evidência científica.

Apesar da curta duração da implementação das intervenções e do facto de estas terem decorrido no outono/inverno, o que levou a restrições que condicionaram a realização de atividades ao ar livre, os objetivos delineados foram globalmente alcançados. Embora a amostra não seja probabilística e não permita generalizar os dados, os resultados obtidos em termos de adesão e de mudanças de comportamentos das famílias idosas permitem afirmar que a implementação do estudo teve um efeito positivo nos participantes, sendo possível replicá-lo em populações mais abrangentes, conforme sugerido à equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANIÇO, H. *et al.* **Novos tipos de família: plano de cuidados**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
- CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª Ed. ed. [S. l.]: Artmed Editora, 1995.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Orientação n.º 017/2013, de 05 de dezembro de 2013: Avaliação antropométrica no adulto 1. 2013. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Orientação-para-a-avaliação-antropométrica-no-adulto.pdf>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Promoção da alimentação saudável 2022-2030. [s. l.], p. 1–113, 2022. Disponível em: https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Promoção da alimentação saudável 2022-2030. [s. l.], p. 1–113, 2022. Disponível em: https://nutrimento.pt/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Perguntas e Respostas Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respos-tas.aspx>.
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta. **Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar**. [S. l.]: Sabooks, 2012.

GOTTLIEB, Laurie N. **O cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças**. 1ª edição. [S. l.]: Lusodidacta, 2016.

MARQUES, Águeda Assunção Gonçalves *et al.* Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. **Escola Anna Nery**, [s. l.], vol. 15, n. 2, p. 402–409, 2011.

PARLAMENTO EUROPEU; CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE. Jornal Oficial da União Europeia, [s. l.], ano L119, 2016. p. 1–88. Disponível em: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>

PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn L.; PARSONS, Mary Ann. **Health promotion in nursing practice**. 7th Edition. [S. l.]: Pearson, 2015.

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília. Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**, [s. l.], vol. 15, n. 5, p. 1–38, 2010.

SOUSA, Maria Rui *et al.* Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. **Autocuidado: um foco central da enfermagem**, [s. l.], n. 2015, p. 15–26, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Wright & Leahey's Nurses and families: A guide to family assessment and intervention**. 6th Eded. [S. l.]: F.A. Davis Company, 2012.