

Impacto de um projeto de intervenção comunitária nos diagnósticos de enfermagem

Impact of a community intervention project on nursing diagnoses

Ana Filipa Martinho¹ e Maria de Lurdes Varandas²

¹ ACES III Lisboa Central, UCC Oriente – ECCI Olivais Marvila, affmartinho@gmail.com

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Palavras-chave

Envelhecimento ativo, Idosos, Diagnósticos de enfermagem, Promoção da saúde.

Resumo

São vários os fatores que têm contribuído para o envelhecimento da população e envelhecer com qualidade constitui um desafio, ao qual o envelhecimento ativo pretende dar resposta. Neste sentido, procedeu-se ao desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de avaliar o seu impacto nos diagnósticos de enfermagem.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto foi o processo de planeamento em saúde, e os referenciais teóricos foram o modelo de promoção da saúde de Nola Pender e o modelo de educação competencial de Lemieux e Martinez. O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT) foi o instrumento escolhido para o diagnóstico de situação, aplicado a uma amostra de 45 idosos (34,6%), selecionada pelo método não-probabilístico, do total de 130 dos idosos que frequentam um Centro Social Paroquial da área de Lisboa.

Os problemas identificados foram priorizados segundo os critérios: magnitude, transcendência social e económica, e vulnerabilidade. Resultaram como problemas prioritários (diagnósticos CIPE®): tristeza demonstrada, sono alterado, desolação demonstrada, bem-estar físico alterado e exercício não adequado.

Optou-se por uma intervenção dirigida a grupos, com alicerce na Educação para a Saúde (EpS). Com foco nos três domínios de aprendizagem, as estratégias, métodos e técnicas escolhidas, tiveram por base o reforço do papel da família, as relações intergeracionais e a valorização da pessoa idosa na sociedade.

A avaliação da intervenção, de acordo com os indicadores de processo e de atividade, sugere alterações ao nível da saúde física e mental, com contributos para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Key-words

Active ageing, Elders, Nursing diagnoses, Health promotion.

Abstract

The are several factors that contribute to the population ageing, and getting old with quality is a challenge, to which active ageing aims to respond. In this sense, a community intervention project was developed and implemented with the objective of evaluate its impact on nursing diagnoses.

The methodology used was the planning process in health, and the theoretical references were the health promotion model by Nola Pender and the competencial education model by Lemieux and Martinez. The portuguese version of Older Americans Resources and Services was the instrument chosen for the diagnosis, applied to a sample of 45 elderly (34,6%), selected by non-probabilistic method, of the total of 130 older people who attend a Paroquial Social Center in Lisbon area.

The problems identified were prioritised according to the criteria: magnitude, social-economic impact and vulnerability. Resulted as priority issues (ICNP® diagnoses): sadness, impaired sleep, desolation, physical well-being altered and ineffective exercise.

The intervention was directed towards groups, following the Health Education. Focusing on the three domains of learning, the chosen strategies, methods and techniques based on strengthening the role of family, intergenerational relationships, and the valorisation of elderly in society.

The evaluation of the intervention, according to the indicators of process and activity, suggests changes in physical and mental health, with contributions to improving the quality of life of the elders.

Introdução

De uma forma global, a população idosa está a crescer numa proporção de 2,6% ao ano¹. Portugal apresenta 19,15% da população com 65 ou mais anos, sendo a esperança média de vida à nascença de 84,21 anos (H) e 89,88 anos (M)².

O envelhecimento da população solicitou alterações em termos de políticas. Como potencial resposta surge o envelhecimento ativo, defendido desde Alma-Ata³ por medidas de promoção da saúde, e na Conferência de Jacarta⁴ na qual os idosos foram considerados como grupo prioritário de intervenção. O envelhecimento ativo é entendido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, de forma a promover a participação e segurança dos indivíduos na escolha de um estilo de vida saudável, para melhorar a qualidade de vida⁵. Este paradigma propõe uma visão pró-ativa, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida⁶.

O Plano Nacional de Saúde do Idoso iniciou um ponto de viragem na política do envelhecimento ativo em Portugal, dando importância à promoção da saúde ao longo da vida. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e na estrutura familiar, a emergência das doenças crónicas e degenerativas, os novos fluxos migratórios, o isolamento social, a violência, a pobreza, os problemas relacionados com estilos de vida e comportamentos, traduzem-se em novas necessidades em saúde. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, ou seja, com qualidade de vida, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva⁷.

O enfermeiro que presta cuidados na comunidade responde aos diferentes clientes (pessoas, famílias, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. As suas competências permitem-lhe participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades⁸. Com a finalidade de contribuir para a promoção do envelhecimento ativo através da melhoria dos diagnósticos de enfermagem, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários, na área de Lisboa.

Materiais e métodos

O projeto de intervenção comunitária concretizou-se num Centro Social Paroquial, com o total de 130

idosos: 74 dos utentes frequentavam o Centro de Dia, 28 utentes o Centro de Convívio e 25 utentes usufruíam de Apoio Domiciliário.

Como metodologia de trabalho utilizou-se o processo de planeamento em saúde, que inclui diversas etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias e preparação da sua execução, implementação e avaliação⁹.

Através do processo de planeamento em saúde é possível identificar necessidades de saúde, ganhos potenciais de saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis⁷.

Para a seleção da amostra o método utilizado foi o não-probabilístico, de amostragem por conveniência, em que os casos escolhidos foram os que estavam facilmente disponíveis¹⁰, no período de colheita de dados. Como critérios de inclusão na amostra foram selecionados os utentes: com mais de 65 anos ou reformados; orientados no tempo e no espaço, e que percebem a língua portuguesa. Foi definido como critério de exclusão: utentes com quadro demencial (utentes com diagnóstico médico, e utentes com deterioração da função cognitiva, associada a alterações psico-comportamentais com perda da capacidade funcional^{11,12}). A identificação dos utentes com critério de exclusão realizou-se em parceria com a Responsável pela área do Idoso do Centro Social, com recurso à informação do processo do utente, na instituição.

Considerando que o diagnóstico de saúde (primeira etapa do planeamento) deve ser rigoroso na avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades⁷, o instrumento utilizado para a recolha de informação foi o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos, OARS-PT¹³. O OARS-PT analisa o estado funcional nas áreas determinantes para a qualidade de vida dos idosos¹³, avaliando cinco dimensões: o bem-estar físico e a saúde percebida; o bem-estar psíquico; a disponibilidade de ajuda informal sociofamiliar e a disponibilidade de ajuda institucional; a disponibilidade económica para satisfação de necessidades básicas e não básicas; e as atividades de vida diária (AVD), medindo ainda a utilização e a necessidade sentida de vários tipos de serviços (Quadro 1).

A aplicação do OARS-PT tem como premissa o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), que permite avaliar sinais de demência e *deficits* neurológicos na população geriátrica. Este instru-

Quadro 1 – Dimensões do OARS-PT

Dimensões do questionário	N.º das questões
Indicadores demográficos	2-5
Avaliação funcional	
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos sociais • Recursos económicos • Saúde mental 	6-14b 15-30 1 (SPMSQ), 31-33, 34 (SPES), 35-36
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde física • AVD 	37-55 56-70b
Utilização de serviços	71
Avaliação do informante	72-82
Avaliação do entrevistador	83-96

mento permitiu avaliar o quadro demencial dos utentes incluídos na amostra, sendo definido que utentes com 8 ou mais respostas erradas seriam excluídos por apresentarem *deficit* cognitivo severo (o que não se verificou).

O SPMSQ, para além de avaliar o *deficit* da função cognitiva, define se o inquirido é idóneo. Não o sendo, por erro em mais de 4 perguntas, é necessário recorrer a um informante¹⁵. No caso específico, optou-se por colher a informação tanto do inquirido como do informante (pessoa significativa do inquirido, com garantia de anonimato e confidencialidade). Esta decisão teve por base a ressalva dos autores do OARS, para os quais o elevado número de respostas incorretas pode não resultar da incapacidade cognitiva do inquirido¹⁴.

Na aplicação do questionário, dadas as características da população, foi utilizada a técnica de preenchimento por entrevista (o instrumento pode ser aplicado por autopreenchimento¹⁵). Do total da população, constituíram a amostra 45 utentes (34,6%), respondendo ao OARS-PT os utentes que para além de preencher os critérios de inclusão, deram o seu consentimento. Os dados foram tratados com sigilo (apesar de no questionário constarem os dados de identificação do inquirido, estes não foram considerados).

Realizado o tratamento estatístico descritivo (Excel® 2007) e a análise dos dados, identificaram-se diversos problemas. Tendo em conta a disponibilidade, o intervalo temporal e a otimização dos recursos existentes foi necessário priorizar. Utilizaram-se como critérios: magnitude (dimensão do problema tendo em conta indicadores de mobilidade e mortalidade), transcendência social (ponderação da abrangência do problema na população), transcendência económica (repercussão económica associada) e vulnerabilidade (avaliação do potencial ou possibilidade de preven-

ção e intervenção)⁹. No Quadro 2 são apresentados os problemas prioritários, traduzidos em diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia padronizada para os cuidados de enfermagem (CIPE® versão Beta 2).

Quadro 2 – Problemas identificados e diagnósticos de enfermagem, segundo o eixo do foco de intervenção

Problemas identificados	Diagnósticos
47% Não é feliz a maior parte do tempo	Tristeza demonstrada
53% Tem o seu sono irregular e inquieto	Sono alterado
62% Por vezes sente que não serve para nada	Desolação demonstrada
Dos utentes com artrite ou reumatismo, em 92% dos casos interfere muito nas atividades	Bem-estar físico alterado
78% Não pratica atividade física	Exercício não adequado

Com base nos problemas prioritários identificados na amostra, formulou-se como objetivo de intervenção:

- Promover o bem-estar físico, social e mental do grupo de idosos, através da atualização do seu autoconhecimento.

Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, a fixação de objetivos constitui uma etapa fundamental, permitindo a avaliação dos resultados obtidos com as estratégias utilizadas⁹. Para uma avaliação a curto prazo mensurável, foram definidos como objetivos operacionais:

- Que pelo menos 30% dos idosos identifiquem as alterações do ritmo sono-vigília que ocorrem com o envelhecimento;
- Que pelo menos 20% dos idosos diminuía a sua tristeza e desolação;
- Que o bem-estar físico seja adequado em pelo menos 60% dos idosos;
- Que pelo menos 40% dos idosos pratique atividade física adequada.

Na linha do processo e planeamento em saúde, para a seleção de estratégias e preparação da execução, utilizaram-se como suporte os modelos de promoção da saúde de Nola Pender¹⁵, e a educação competencial de Lemieux e Martinez¹⁶.

O modelo de promoção da saúde tem como foco de atenção os determinantes do comportamento de promoção da saúde do indivíduo. Neste sentido, é fundamental que a avaliação de saúde seja holística, focando dimensões como: a saúde física, a saúde mental, o funcionamento social, o papel desem-

penhado e a percepção do bem-estar. É igualmente importante conhecer o contexto social, o suporte recebido, a relação e cooperação com e entre os membros da família, amigos, vizinhos e o tipo e a frequência do contacto – para compreender se o suporte é ou não adequado¹⁵.

A promoção da saúde apresenta como interface a EpS, com o objetivo de facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis¹⁷, criando ocasiões para a aprendizagem destinada a melhorar a literacia em saúde, aumentar o conhecimento, e desenvolver habilidades que favoreçam a saúde do indivíduo/família, grupo e comunidade³.

A EpS permite desenvolver competências cognitivas, habilidades psicomotoras e de interação social, a capacitação para resolução de problemas e tomada de decisão¹⁸, visando ainda a mudança de comportamento e de estilos de vida, através do *empowerment* dos indivíduos¹⁹.

Considerando que a promoção da saúde implica a utilização de modelos participativos²⁰, o modelo de educação competencial (ou gerontagogia) assume um papel fundamental na orientação do processo de aprendizagem, uma vez que visa uma melhor gestão da vida pessoal e social através da aquisição de sabedoria¹⁶. Este modelo baseia-se no conceito de atualização do autoconhecimento através da reatualização e problematização dos conhecimentos¹⁶, sendo respeitada e valorizada a experiência acumulada ao longo da vida.

Depois de definidas as linhas orientadoras foi necessário perspetivar as intervenções sob os diagnósticos de enfermagem levantados.

As estratégias de EpS escolhidas tiveram por base o reforço do papel das famílias e das relações intergeracionais, assim como a valorização do papel da pessoa idosa na sociedade⁷. Foram sustentadas por métodos e técnicas de acordo com os diferentes domínios de aprendizagem/campos do saber (saber, saber-ser, saber-estar e saber-fazer), uma vez que o desenvolvimento de um pressupõe o desenvolvimento dos outros²¹. (Quadro 3).

Das técnicas escolhidas para a consecução das estratégias optou-se sobretudo pelas que são orientadas para a modificação de atitudes. De modo a obter uma melhor adesão do grupo de idosos, com vista a melhores resultados na intervenção, as estratégias delineadas tiveram em conta a evidência^{22,5,6} e foram previamente discutidas com a Coordenadora da Área do Idoso do Centro Social, bem como com as Responsáveis pelo Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário. Deste modo foi possível identificar as características específicas do grupo e selecionar as estratégias que melhor se enquadravam no seu perfil.

As estratégias de intervenção visaram:

- Informar os idosos sobre o ritmo sono-vigília e promover a sua autogestão;
- Promover a valorização pessoal e revisão de vida;

Quadro 3 – Estratégias propostas

Domínios de aprendizagem	Objetivos Operacionais	Estratégias	Métodos	Técnicas
Cognitivo	Que os idosos identifiquem as alterações do ritmo sono-vigília que ocorrem com o envelhecimento	Informar os idosos sobre o ritmo sono-vigília Promover a autogestão do ritmo sono-vigília	Expositivo Interrogativo	Exposição Perguntas Discussão
Afetivo	Que os idosos diminuam a sua tristeza e desolação	Promover a valorização pessoal Promover a revisão de vida Facilitar a expressão de sentimentos e emoções Estimular as relações interpessoais do grupo Treino de competências relacionais Reforço das relações intergeracionais na família e comunidade	Ativo	Jogos pedagógicos <i>Brainstorming</i> Reflexão Diálogo <i>Action Maze</i> Dramatização
Psicomotor	Que o bem-estar físico seja adequado Que os idosos pratiquem atividade física	Motivar para a prática de atividade física Informar os idosos sobre os benefícios da atividade física e sobre as precauções a ter Promoção da atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar Treino de competências práticas	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas Discussão

- Estimular as relações interpessoais do grupo;
- Reforço das relações intergeracionais na família e comunidade;
- Motivar para a prática de atividade física;
- Informar os idosos sobre os benefícios da atividade física;
- Treino de competências práticas.

Apresentam-se as diversas sessões de EpS efetuadas:

- “*Quem é quem*” – sessão para falar sobre si. Pontos focados: local de nascimento, família, vivências.
- “*Origens*” – sessão de partilha de cada participante sobre as suas origens familiares. Recurso a revisão de vida através de fotografias.
- “*Jogo dos objetos*” – os idosos apresentaram um objeto com significado para si. Foi pedido que explicassem qual o objeto e o porquê da escolha.
- “*O que é ser velho*” – discussão sobre o envelhecimento, quais os pontos positivos e negativos percecionados pelo grupo. A sessão terminou com a questão “qual seria a sua idade se você não soubesse quantos anos tem?”;
- “*O que é a saúde*” – *brainstorming* de análise do significado de saúde e de doença. É importante conhecer a perceção que o grupo de idosos tinha de si, do envelhecimento e da saúde, uma vez que a perceção dos idosos influencia os diferentes resultados em saúde, incluindo a saúde funcional ao longo do tempo, e a esperança média de vida²³.
Através da técnica de revisão de vida, o recordar o passado permite aos idosos o contacto com a sua vivência anterior, valorizar-se como pessoa²⁴, atingir a integridade do ego e a sabedoria²⁵.
- “*O que dizem os outros da velhice?*” – foi discutida a imagem social e mediática do idoso (analisaram-se notícias de imprensa, telejornais, notícias da rádio, anúncios comerciais, cinema). Os estereótipos têm grande influência no comportamento da pessoa idosa, uma vez que os idosos são especialmente vulneráveis às opiniões externas²⁴. Envelhecer numa sociedade que valoriza a juventude conduz a estigmatização negativa que resulta em baixa autoestima. Como consequência verifica-se uma menor interação social e perda de controlo sobre o ambiente²⁵.

- “*Ser positivo*” – foram realizadas cinco sessões. Na primeira foi abordado o significado de autoestima, a sua influência no comportamento, interação com os outros e bem-estar. Foi apresentado um copo meio de água, na segunda sessão. Pergunta: o copo está meio vazio ou meio cheio? O treino de estratégias teve início na terceira sessão, em que cada participante referiu três pontos positivos do seu dia. Na quarta sessão foi pedido aos idosos para apresentarem um dia negativo/problemático. Apresentado o problema de cada um, em grupo, procurou-se algo de positivo na situação difícil. Na última sessão foi pedido aos idosos que contassem uma história em conjunto, com a condição de iniciar com uma situação difícil/problema e acabar com uma solução.
- “*Espelho*” – foi pedido a cada um dos participantes duas características positivas sobre uma personalidade importante, cuja fotografia estaria numa caixa, sem revelar a sua identidade. A fotografia era um espelho. Como abordagem a estratégia utilizada foi a verbalização positiva, na qual cada elemento do grupo identificou aspetos positivos sobre si mesmo¹⁵. Através das expectativas negativas, o idoso tende a esperar um declínio físico e cognitivo e atribui a causa deste à idade²². O pensamento e a atitude positiva tornam a pessoa idosa mais apta para lidar com uma situação adversa, uma vez que os pensamentos e sentimentos criados são imagens construtivas e confiantes sobre o próprio²². Salienta-se que a autoperceção positiva favorece a adesão a comportamentos de procura de saúde²³.
- “*És assim*” – consistiu em duas sessões, a primeira no início da intervenção e a segunda no final. Solicitou-se a cada participante que indicasse três ou mais características de um dos colegas. Falaram de si próprios, em descrição sucinta. Foram identificadas vantagens da interação social.
- “*Roteiro*” – cada pessoa apresentou um exemplo de um roteiro da sua terra (pela identificação de locais a visitar). Foram partilhados pelo grupo mapas, fotografias, histórias. Considerando que a participação na sociedade é um dos pilares do envelhecimento ativo, a capacidade de interagir é fulcral para o idoso manter as redes de apoio social e garantir uma maior satisfação com a vida²². Neste âmbito o grupo de pares tem uma importância primordial. Para

capacitar o grupo de idosos para a interação social, estas estratégias favoreceram a partilha de experiências, a promoção da interação do grupo e do conhecimento mútuo. O objetivo foi aumentar a coesão do grupo, levando a uma maior autoestima, sensação de pertença, e o efeito positivo da revisão de si²⁵.

- “*Conta histórias*” – consistiu em duas sessões, na qual os idosos contaram histórias (em grupo) às crianças da valência de Educação de Infância do Centro Social (uma sessão na creche e outra no infantário). As sessões foram previamente planeadas com as Educadoras. Realizaram-se quatro ensaios para esta sessão (correspondente a quatro horas de preparação).
- “*Ser velho é...*” – sessão conjunta com os jovens que frequentam o Centro Social, na valência de Centro de Intervenção Juvenil. Foram apresentados mitos e verdades sobre o envelhecimento, foi discutido o que é para os jovens a velhice, como percebem o seu próprio envelhecimento. Foi apresentado aos jovens, pelo grupo de idosos, uma dramatização que focou o papel dos avós na família. A sessão terminou com o reforço positivo ao grupo de idosos. Esta sessão teve preparação prévia: a redação da história foi feita com os idosos e realizaram-se ensaios para a dramatização. O tempo disponibilizado foi de três horas. A inclusão de atividades intergeracionais pretendeu contribuir para a mudança na imagem da pessoa idosa que ainda é transmitida às novas gerações, a de uma visão centrada sobretudo em aspetos negativos do envelhecimento²⁶, *status* que não é favorecido pela lacuna entre gerações, decorrente das alterações socio-familiares atuais²⁷. O contacto social entre gerações permite um maior envolvimento na sociedade e o sentido de valorização. O convívio entre crianças, jovens e idosos possibilita a partilha de experiências, o que leva a uma aprendizagem mútua²², à compreensão e ao respeito²⁸.
- “*Sono*” – sessão na qual foram abordadas as alterações no padrão de sono que ocorrem com o envelhecimento, e recomendações para melhorar o sono.
- “*Relaxamento*” – abordou-se os benefícios do relaxamento e precauções a ter durante a prática de relaxamento.

O envelhecimento desencadeia diversas alterações biofisiológicas que afetam o padrão de sono e vigília, sendo os problemas associados ao

sono relatados frequentemente pela população idosa²⁴. Um padrão de sono alterado, perturba o equilíbrio orgânico, influencia a memória e o humor, tendo impacto na qualidade de vida²².

- “*Benefícios da atividade física*” – sessão na qual foram apresentadas: as vantagens da atividade física no processo de envelhecimento, as consequências da inatividade, as sugestões de atividade física no dia-a-dia, e as precauções a ter durante a sua prática.
- “*Photo Recall*” – nesta sessão foram apresentadas várias fotografias de pessoas idosas a praticar diferentes atividades físicas.
- “*Caminhada*” – foram realizadas quatro sessões. Em média cada caminhada teve a duração de 30 minutos, com exercícios de aquecimento e de arrefecimento.
- “*Prática de atividade física*” – *backup* da sessão “*Caminhada*” em caso de condições atmosféricas adversas, de forma a promover a atividade física no interior. Foram realizadas 11 sessões. Gradualmente as sessões passaram a ser dinamizadas pelos idosos.
- “*Terapia do Abraço*” (oito sessões) e “*Terapia do Riso*” (seis sessões).

A inatividade física tem consequências fisiológicas, psicológicas e sociais, das quais destacamos a diminuição da autoestima, a insónia e a imagem social negativa²², problemas identificados na população de idosos que frequentam o Centro Social. O estilo de vida ativo é uma das principais formas de prevenção de doenças, manutenção do funcionamento cognitivo e integração na sociedade²⁹, sendo importante conservar a saúde e independência, através da atividade física. Através da qual se garante um contributo acrescido para o bem-estar emocional³⁰.

A motivação para a prática de atividade física é essencial para garantir a sua continuidade e, deste modo obter benefícios²². Neste sentido foram incluídas estas sessões, que após uma sessão individual de cada uma delas, foram implementadas em conjunto com a atividade física, no sentido de motivar a sua prática pelo grupo de idosos e também favorecer as várias formas de comunicação: o abraço e o riso. O abraço, sendo uma forma de expressão, é parte da comunicação não-verbal, que favorece a coesão das relações interpessoais, proporciona sentimentos de felicidade e de segurança³¹. O riso é uma estratégia que para além de aumentar

o bem-estar contribui para o relaxamento, reduz o *stress* e a dor²².

- “O Envelhecimento” – sessão de esclarecimento sobre o processo de envelhecimento, realizada aos idosos, suas famílias e aos funcionários do Centro Social.

Para se conseguir obter ganhos em saúde é essencial ter a família como parceira, para que se verifiquem mudanças reais de comportamento na pessoa idosa. A sua ação é importante ao nível da imagem social do idoso, da melhoria da autoestima e do sentido de valorização, da motivação para a interação social, e para a prática de atividade física.

Foram realizadas o total de 22 sessões distintas de EpS com os idosos que frequentavam o Centro Social (nas valências Centro de Dia e Centro de Convívio). Em contexto de Apoio Domiciliário, foram efetuadas sessões a nível individual considerando as necessidades de cada indivíduo: “Quem é quem”, “Jogo dos objetos”, “Origens”, “Sono”, “Relaxamento”, “Benefícios da atividade física”, “Prática de atividade física”.

Resultados

A avaliação constitui a última etapa do processo de planeamento em saúde, sendo realizada através da análise de indicadores que permitem identificar a evolução registada com as intervenções⁹.

As atividades de EpS foram identificadas e planeadas, tendo em conta os objetivos a alcançar com cada uma delas. Foi realizada a avaliação de cada sessão de modo a mensurar os objetivos operacionais pré-definidos, a nível quantitativo e qualitativo. A adesão e participação do grupo foram calculadas considerando o número de idosos convocados que confirmaram a sua presença no Centro Social aquando da realização das sessões.

As sessões desenvolvidas em contexto de Centro de Dia e Centro de Convívio, tiveram uma média de adesão de 85% e uma média de participação de 97,9%. Considerando a razão entre o número de sessões realizadas e o número de sessões previstas em contexto de Centro de Dia e Centro de Convívio: $22/22 \times 100 = 100\%$, podemos afirmar que foram atingidos os indicadores de atividade

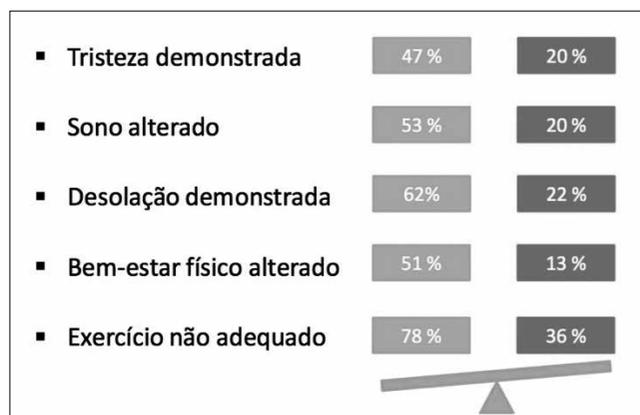
No que se refere às sessões realizadas no âmbito de Apoio Domiciliário a avaliação teve em conta o número total de utentes nesta valência (25 idosos), uma vez que as sessões foram desenvolvidas indi-

vidualmente, tendo sido garantido consentimento prévio. A intervenção foi desenvolvida a 15 utentes, com o total de 25 visitas domiciliárias realizadas. Sendo a adesão e participação nas sessões de 100%. Salienta-se que a sessão “Benefícios da atividade física” realizou-se com a pessoa idosa e com a família em 25% dos casos.

De forma a melhor mensurar os resultados, no final da intervenção foram novamente aplicadas, à amostra inicial (45 utentes), as questões do OARS-PT relativas à saúde mental e física (questões número 34.6, 34.7, 34.9, 44.1 e 52). A reaplicação do questionário foi efetuada de forma parcial devido ao tempo disponível para a análise dos dados, sendo direcionada apenas aos problemas identificados como prioritários de modo a identificar a sua evolução.

Verificou-se que os objetivos operacionais foram atingidos, na medida em que todas as metas definidas foram ultrapassadas (Figura 1).

Figura 1 – Comparação entre a percentagem de idosos com diagnóstico de enfermagem presente antes e após a intervenção.



Identificaram-se alterações ao nível da saúde mental e física do grupo de idosos, traduzidos na melhoria dos diagnósticos de enfermagem identificados antes da intervenção. Da análise descritiva dos dados o diagnóstico de enfermagem de sono alterado diminuiu em 33%, a tristeza e a desolação diminuíram, respetivamente em 27% e 40%; o bem-estar físico alterado decresceu em 38% e a prática de atividade física aumentou em 42%.

No que se refere ao tempo disponibilizado pelos profissionais na etapa de implementação do projeto, foi de 367 horas (registo em diário de campo). A intervenção foi pautada pela proximidade com o grupo de idosos, decorrendo diariamente (cinco dias por semana), num período de três meses e meio.

Na preparação das sessões de EpS (que incluiu pesquisa bibliográfica para fundamentação, planea-

mento das sessões, execução de materiais de apoio e avaliação das sessões) foram empregues 200 horas. O tempo de contacto direto com o grupo de idosos foi de 167 horas, distribuídas pela intervenção com o grupo em Centro de Dia e Centro de Convívio, 133 horas, e pela intervenção em contexto domiciliário, 34 horas.

Discussão e conclusão

Através da metodologia do processo de planeamento em saúde, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido permitiu realizar o diagnóstico de situação da população idosa que frequentava o Centro Social Paroquial. Com a aplicação do questionário OARS-PT foi possível caracterizar a amostra, sendo identificados os problemas prioritários, traduzidos em diagnósticos de enfermagem: tristeza demonstrada, sono alterado, desolação demonstrada, bem-estar físico alterado e exercício não adequado. Os diagnósticos de enfermagem não só permitiram um melhor planeamento e gestão dos cuidados, favorecendo a análise dos resultados, mas também contribuíram para a promoção do envelhecimento ativo da população idosa do Centro de Dia.

Encontraram-se sinergias entre o instrumento de colheita de dados e os modelos teóricos de suporte. Com as dimensões avaliadas no OARS-PT a serem fulcrais para o modelo de promoção de saúde. No desenvolvimento do projeto, os modelos teóricos utilizados permitiram direcionar a prática, constituindo-se como ferramentas essenciais. Permitiram melhorar a prática de cuidados, conferindo significado ao conhecimento, orientaram o pensamento crítico e a tomada de decisão para a ação³². Com base no modelo de promoção de saúde e no modelo de educação competencial, foram implementadas estratégias cujo principal objetivo foi promover o bem-estar físico, social e mental do grupo de idosos, através da atualização do seu autoconhecimento.

O modelo de educação competencial foi importante no delinear de estratégias, uma vez que permitiu ajudar o grupo de idosos na procura de soluções para os problemas detetados. Para a atualização do autoconhecimento recorreu-se ao conhecimento baseado nas habilidades reflexivas, sendo respeitada e valorizada a experiência acumulada ao longo da vida.

Foi usada como estratégia *major* para capacitar o grupo a EpS, pois é um meio eficaz de promover a saúde na pessoa idosa³⁰. Sempre que possível, recorreu-se à vivência prática dos idosos.

De acordo com a avaliação dos indicadores de processo e de atividade, identificam-se alterações ao nível da saúde física e mental, o que sugere que as intervenções realizadas contribuíram para a melhoria da qualidade de vida do grupo de idosos. Para podermos afirmar que a melhoria nos diagnósticos de enfermagem decorreu da intervenção, verificámos a validade dos resultados através da análise estatística (para $\alpha = 0,05$). Em relação a cada diagnóstico de enfermagem (tristeza demonstrada, sono alterado, desolação demonstrada, bem-estar físico alterado e exercício não adequado) foram delineadas a hipótese nula (H_0) e a hipótese de investigação (H_1). Sendo H_0 : o diagnóstico não diminui devido à intervenção e H_1 : o diagnóstico diminui devido à intervenção. Através da utilização de *t-test* bilateral, tratando-se de uma investigação descritiva³³, foi calculado: a significância [$s_d = \sqrt{((s_1)^2/N_1) + ((s_2)^2/N_2)}$], o *t-score* [$t = (\mu_1 - \mu_2)/s_d$] e o *degree of freedom* [$df = (N + N) - 2$]. Concluímos que para o diagnóstico: tristeza demonstrada, p-value = 0,00697; sono alterado, p-value = 0,00086; desolação demonstrada, p-value = 0,00008; bem-estar físico alterado, p-value = 0,00009 e exercício não adequado, p-value = 0,00003. Ou seja, em todos os diagnósticos a hipótese nula (H_0) é falsa.

Considera-se que os resultados obtidos foram devido a uma intervenção de proximidade (diária), a qual permitiu intervir junto de um maior número de idosos, mas também pelo estabelecimento de uma rotina de atividades que favoreceu a participação por parte do grupo.

O envelhecimento ocorre num contexto específico que envolve a família, os amigos, os vizinhos, sendo a interdependência e a solidariedade entre gerações princípios relevantes para o envelhecimento ativo⁵. Neste sentido, a inclusão das famílias assumiu uma grande importância, com um papel fundamental na motivação e continuidade do comportamento específico da pessoa idosa.

Após a intervenção no âmbito do projeto não foi efetuada a avaliação a longo prazo. Neste sentido não podemos afirmar se os diagnósticos de enfermagem levantados se mantêm ou que variações sofreu a sua incidência. Por outro lado, prevê-se que o *empowerment* tenha sido conseguido, uma vez que o comportamento incutido no grupo está a ser promovido e continuado. Destacam-se a motivação da prática de atividade física (da qual resultou a implementação de uma caminhada semanal) e a promoção da valorização pessoal; estimulação das relações interpessoais e o reforço das relações inter-

geracionais (que originou a criação de um grupo de teatro). Estas atividades foram mantidas pelo grupo de idosos, terminada a intervenção. Embora a caminhada tenha uma grande variação na adesão (entre 15% a 30%), o grupo de teatro tem vindo a aumentar os seus membros (inicialmente com 14 elementos, atualmente com 18 – aumento de 29%) e tem favorecido a interação com as valências da Área da Criança e do Jovem do Centro Social, mas também fortalecido a relação com as famílias, as Escolas do Primeiro Ciclo locais e outras IPSS da freguesia.

Apesar de a sociedade estar a evoluir para um modelo promotor de autonomia, no qual o idoso é objeto e impulsionador da sua própria intervenção²², as representações sociais existentes acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento são ainda fatores com necessidade de mudança³⁴. Ao longo do projeto foram realizadas atividades intergeracionais com as crianças e jovens que integravam as valências do Centro Social. Considera-se que esta estratégia contribuiu para aumentar a autoestima dos idosos, mas também favoreceu a representação social positiva da pessoa idosa e esclareceu mitos e estereótipos sobre o processo de envelhecimento. Proporcionou-se um maior acesso à informação, início de um caminho para o envelhecimento ativo²².

O envelhecimento ativo sendo um processo de otimização das oportunidades para a saúde, que visa promover a participação e a segurança dos indivíduos na escolha de um estilo de vida saudável, para melhorar a qualidade de vida⁵, implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, constituindo um desafio para toda a sociedade⁶.

Referências

- United Nations Population Fund. *The State of world population 2011*. New York: UNFPA – Information and External Relations Division; 2011.
- INE, disponível em www.ine.pt; 2014.
- OMS. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata: OMS; 1978.
- OMS. *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta: OMS; 1997.
- OMS. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
- WHO. *Active ageing: a policy framework*. Genève: WHO; 2002.
- Portugal. Alto Comissariado da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2012.
- Martins C. *O Agir Ético na Comunidade: A prestação de cuidados na comunidade*. Ordem dos Enfermeiros. 2011; 37:31-4.
- Imperatori E, Giraldes M R. *Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 1993.
- Hill M M, Hill A. *Investigação por questionário*. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
- WHO. *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. 10th Revision*. Geneva: WHO; 1992.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição (revista). Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
- Rodrigues R M C. *Avaliação Comunitária de uma População de Idosos: Da funcionalidade à utilização de serviços*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de doutoramento; 2007.
- Fillenbaum G G, Smyer M A. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*. 1981; 36:428-34.
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M A. *Health promotion in nursing practice*. 6.ª ed. Boston: Pearson Education; 2011.
- Lemieux A, Martinez M S. Gerontology Beyond Words: A Reality. *Educational Gerontology*. 2001; 26:475-498
- Carvalho A, Carvalho G S. *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência; 2006.
- Green J, Tones K. *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd Edition. London: SAGE Publications Ltd; 2010.
- Stanhope M, Lancaster J. *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7.ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2011.
- Nunes L, Amaral M, Gonçalves R. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
- Mão-de-Ferro A. *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Colibri; 1999.
- Ribeiro O, Paúl C. *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel; 2011.
- Levi B R, Myers L M. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*. 2004; 39:625-9.
- Berger L, Mailloux-Poirier D. *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta; 1995.
- Stuart G W, Laraia M T. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6.ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.
- Cummings S M, Williams M M, Ellis R A. Impact of an intergenerational program on 4th graders' attitudes toward elders and school behaviors. *Journal of Human Behavior*. 2002; 6:91-107.
- Bales S S, Eklund S J, Siffin C F. Children's perceptions of elders before and after a school-based intergenerational program. *Educational Gerontology*. 2000; 26:677-89.
- Dunham C C, Casadonte D. Children's attitudes and classroom interaction in an intergenerational educational program. *Educational Gerontology*. 2009; 35:453-64.
- Santos S S C, Barlem E L D, Silva B T, Cestari M E, Lunardi V L. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21:649-53.
- Bolander V R. *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta; 1998.
- Keating K. *A Terapia do Abraço*. 10.ª Edição. São Paulo: Editora Pensamento; 1998.
- Tomey A M, Alligood M R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5.ª Edição. Loures: Lusociência; 2004.
- Fortin M. *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.
- Bicudo M J. Envelhecer saudável! Das políticas, à prática de cuidados: que realidade? In *Qualidade de vida, relacionada com a saúde dos clientes, dos Centros de Saúde, com 50 e mais anos – Contributos de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. Tese de mestrado; 2011.