

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JANE APARECIDA GARCIA DE SENNA

**ATIVIDADE PSICOFÍSICA NA MELHOR IDADE NA ESF SANTO ANDRÉ DO
MUNICÍPIO DE LAJEADO NO RS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JANE APARECIDA GARCIA DE SENNA

**ATIVIDADE PSICOFÍSICA NA MELHOR IDADE NA ESF SANTO ANDRÉ DO
MUNICÍPIO DE LAJEADO NO RS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado Em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Adriana Remião Luzardo

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATIVIDADE PSICOFÍSICA NA MELHOR IDADE NA ESF SANTO ANDRÉ DO MUNICÍPIO DE LAJEADO NO RS** de autoria do aluno **JANE APARECIDA GARCIA DE SENNA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profª Adriana Remião Luzardo

Orientadora da Monografia

Profª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profª. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

*Dedico este trabalho à minha
família e a ESF Santo André, por todo o
apoio que me trouxeram os resultados
deste estudo*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo Dom da Vida.

A minha família pelo apoio que sempre me dedicou nos momentos difíceis e também no encorajamento para tomar as decisões que me tornaram a pessoa que hoje sou.

A orientadora do TCC professora Dda. Adriana Remião Luzardo.

A ESF Santo André e Usuárias por oportunizarem o desenvolvimento de ações que me tornaram uma profissional diferenciada. E a todas as pessoas que se comprometeram com o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	10
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivos Específicos	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3 METODOLOGIA.....	16
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APMI	-	Atividade Psicofísica na Melhor Idade
ACS	-	Agentes Comunitárias de Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
RS	-	Rio Grande do Sul
SUS	-	Sistema Único de Saúde

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural do ser humano e é nesse momento da vida que as pessoas se deparam com algumas limitações. As ações em saúde têm forte influência na inserção do idoso na sociedade de forma a garantir independência e qualidade de vida. Dentro deste contexto foi utilizada e incentivada a psicomotricidade e relacionamento saudável entre as pessoas desta faixa etária, além do mais foi analisado todo o processo e foram observadas as evoluções do grupo da ESF Santo André na cidade de Lajeado - RS. A proposta de ação incluiu a promoção do conhecimento do próprio corpo com procedimento de relaxamento e automassagem. Trata-se de um relato de experiência pela Tecnologia de Concepção, realizado de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. Observou-se que o trabalho foi um momento de observação analítica a fim de entender e diagnosticar o processo evolutivo da independência na terceira idade.

Palavras-Chaves: Envelhecimento, Independência do Idoso, Ações em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo normal dentro do ciclo de vida do ser humano, no entanto há constante preocupação na área da saúde enfatizando a socialização do idoso. Existem programas voltados para a qualidade de vida na terceira idade, trabalhando o físico e o psíquico, assim a melhor idade, como constantemente chamada, deixa de ser uma idade fadada “às cadeiras estáticas no canto de casa”, para uma idade que desenvolve ações, dança, estuda, movimenta-se e cria novas perspectivas para a vida.

A área da saúde tem necessidade de investimento constante no estudo desta faixa etária, tendo em vista que a sobrevida da população brasileira aumenta constantemente. Assim o envelhecimento da população junto com políticas públicas, com ações preventivas, mantém a qualidade de vida do idoso, o que também influencia economicamente no Sistema Público de Saúde.

Qualidade de vida [...] diz respeito à como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vive o mundo. (GONÇALVES, VILARTA, 2004, p. 26).

Acredita-se que o idoso que tem qualidade de vida diminui a frequência com que procura pelos serviços de saúde na busca de diagnósticos e tratamentos que resolvam problemas que vão além do funcionamento biológico.

A capacidade funcional do idoso tem forte influência no estilo de vida adotado, além do mais é influenciado por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Porém se ressalta que a realização de atividades da vida diária não deve ser a única forma de manter a capacidade cognitiva, afetiva e social, bem como as habilidades físicas, o desenvolvimento de ações que integrem grupos de idosos à vida ativa em sociedade são essenciais para a independência e autonomia deste grupo social.

Para inserção dos idosos na sociedade, o desenvolvimento de ações na área da saúde fortalece esta interação, com este intuito foi desenvolvido esse trabalho. Visando entender e compreender o mundo dos idosos, suas expectativas, seus limites, suas vontades, além de auxiliá-los a inserir-se na sociedade como cidadão com direitos e deveres, sendo vistos como pessoa que podem ter limitações, mas ainda tem uma vida para compartilhar e viver.

Assim, este trabalho entende o desenvolvimento de ações que envolvem a área geriátrica e de enfermagem; informando sobre as doenças da vida idosa, suas limitações, o

desenvolvimento físico através de novos trabalhos que respeitem as limitações do momento, a autonomia e independência na terceira idade.

Para esta realização, o estudo foi desenvolvido na ESF Santo André que está localizada no bairro Santo André, no município de Lajeado - RS, conta atualmente com aproximadamente 2.373 habitantes atendidos nesta ESF. A população alvo deste projeto são as mulheres acima 60 anos de idade da área adstrita a ESF Santo André.

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Trabalhando atualmente na ESF como enfermeira, percebo a necessidade das usuárias em melhorar a qualidade de vida, envelhecendo com dignidade, acreditando que ao realizarem atividades físicas e movimentos espontâneos, harmoniosamente, os idosos possam realizar a mais pura expressão da vida, buscando através dessas ações fazer que os usuários sejam coadjuvantes, críticos, reflexivos e responsáveis. Percebe-se que com a mudança de comportamento na reeducação para a saúde percebe-se a valorização do seu desempenho com os benefícios, potencializando todos os segmentos: psíquico, social, político e econômico. Essas atividades favorecem a descontração e propiciam momentos de liberação, de cooperação, de interação, de criatividade e de aquisição de conhecimentos, contribuindo em muito para a vida em grupo.

O atendimento que ocorria na unidade era de acordo com a necessidade das usuárias, as quais eram orientadas a realizar atividades físicas, ações que dessem prazer a elas, mas nunca foi feita uma busca ativa desta população, rastreando seu histórico e fatores de risco, existia apenas um grupo de atividade em educação em saúde que trabalhava os HAS e diabéticos e para melhor trabalhar com as usuárias criei um grupo de atividade psicofísica com o nome Amigos (a) da Caminhada na educação e saúde

Antes deste projeto de implementação as ações de prevenção e promoção na saúde eram realizadas somente com palestras com o médico, nutricionista e pela enfermeira, mas não com atividades favorecendo a descontração e propiciando a todos, momentos de liberação, confiança, cooperação, autoconhecimento, de interação, criatividade e de aquisição de conhecimentos, contribuindo em muito para a vida pessoal e em grupo.

Entretanto, não existia um momento em que as usuárias pudessem realizar trocas de vivências entre o grupo podendo umas as outras ajudar-se dividindo suas experiências com a ajuda de uma pessoa para orientar todas as ações na busca de um encontro pessoal.

Busca-se inovar diante das problemáticas que se vivencia a cada dia no ambiente de trabalho se quer no que concerne à pessoal ou a materiais de trabalho, fez-se o possível e o impossível para dar conta de missão em saúde ao propor ações de Promoção e Prevenção rastreando toda a população feminina com a busca ativa pelas ACS, para a preparação de uma vida saudável a todas que pertencem ao território de cuidados de nossa ESF Santo André. Assim, com tal estratégia de intervenção, visualizando práticas de saúde de cunho coletivo e que espalhem conhecimentos de cuidado junto à equipe de saúde da ESF. Há um ganho para a equipe que aprende a trabalhar unida produzindo uma escuta das mulheres, bem como vemos um espaço potente para elas se apropriarem e se apoderarem dos conhecimentos sobre sua saúde.

Com este trabalho encorajando as usuárias a realizarem com frequência rodas de conversa, automassagem, brincadeiras, danças, caminhadas, alongamentos, passeios e toda atividade que possa ser útil no desenvolvimento psicofísico de cada uma prevenindo a sua saúde, ressaltando a importância não somente de favorecer a capacidade de resistência e flexibilidade, mas também facilitar a velocidade psicomotora, a coordenação, o desempenho neuropsicológico, o controle postural, além de proporcionar a socialização e a sensação de bem-estar.

Faz parte da responsabilidade da enfermagem como gestora, identificar as populações de risco desenvolvendo ações de promoção e prevenção, planejando, controlando e supervisionando contribuindo para a saúde da população.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Promover ações em saúde que auxiliem na manutenção e melhora da qualidade de vida de usuárias da ESF Santo André, no Município de Lajeado, Rio Grande do Sul.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Incentivar as usuárias a participar de rodas de conversas;
- Promover momentos de relaxamento pela realização de automassagem;
- Promover a capacidade de resistência e flexibilidade por meio de exercícios de alongamento;
- Estimular a agilidade psicomotora, a coordenação, o desempenho neuropsicológico, o controle postural, bem como a socialização e a sensação de bem-estar;
- Assegurar o registro e a qualidade das informações acerca da atividade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento é um processo natural da espécie humana e influencia no desenvolvimento de políticas públicas que olhe para esta população como seres capazes de movimentar-se no mundo e na civilização. Essas políticas trazem consigo ações que envolvem mobilidade, economia, divertimento e, principalmente, saúde.

Em novembro de 1986, em Ottawa, realizou-se a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em que se discutiu a promoção à saúde, a qualidade de vida e saúde, recursos sociais e responsabilidade em saúde. Defendeu-se que:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (OTTAWA, 1986).

O modo de vida, de trabalhar e o lazer estão intimamente relacionados com a qualidade de vida e tem forte impacto sobre a saúde de uma população. Uma forma de influenciar a saúde de uma população é com ações em saúde voltadas para cada grupo da população, observando suas necessidades, promovendo socialização, divulgação de informações e educação em saúde.

No Brasil, em 2003, houve a criação do Estatuto do Idoso que regulamentou os direitos assegurados às pessoas com mais de 60 anos. Dentre os capítulos desta legislação há um específico sobre a área da saúde que designa:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I – cadastramento da população idosa em base territorial;
- II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem

fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2003).

No momento que o ser humano chega à maturidade dos 60 anos, depara-se com diversos fatores desta etapa da vida, não há mais a vitalidade de um adolescente, a motricidade tem suas restrições, a capacidade psíquica acomete-se de alguns nuances de falha de lembrança, as doenças desta idade são comuns e em maior número que em qualquer outra idade.

Na terceira idade ainda prevalece o mito de sinal de fragilidade e/ou dependência, afinal nesta fase da vida ocorrem alterações orgânicas e somáticas que favorecem a debilidade.

Tanto a gerontologia como a geriatria abrigam [...] o tratamento da velhice, sendo ela entendida como o processo de modificações que ocorre no organismo humano em relação à duração cronológica, acompanhado de alterações de comportamentos e de papéis sociais. Assim, em respeito a essa população, é necessário que se examine o lugar destinado a ela e que representação se faz dela nos diferentes tempos e lugares. Também a necessidade de preparar profissionais para melhor assistir a esse grupo de pessoas é importante. Não obstante, especialistas devem trabalhar as questões comuns do envelhecer, que se caracterizam pelas alterações biológicas, não as dissociando das necessidades sociais, psicológicas e culturais.

O reconhecimento dessa multiplicidade de fatores e o estudo a respeito do idoso possibilitarão um cuidar efetivo e eficiente desses profissionais, a partir da compreensão do processo de envelhecer (FREITAS et. al.p.221-228, 2002).

Segundo Simone de Beauvoir (1990), o grau de civilização de uma determinada sociedade pode ser medido pelo tipo de tratamento dispensado aos seus velhos. Se em algumas sociedades do passado os idosos foram tratados de modo até cruel, é bem verdade, como assegura essa pensadora, que em outras eles desfrutaram de carinho e respeito. Se quisermos alcançar a modernidade e o desenvolvimento certamente teremos não apenas que amparar a infância e a juventude, mas avançar muito nas políticas de atendimento à velhice.

O Estatuto do Idoso traz em seu texto as garantias de atendimento ao público idoso, reforçado pelas políticas públicas de saúde, a própria Constituição de 1988 e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, torna-se fundamental criar ações para a manutenção da saúde e da capacidade funcional que promovam a qualidade de vida. Promover e monitorar a capacidade de execução das atividades de vida diária, tanto básicas quanto instrumentais, auxiliar o

profissional de saúde na atenção a pessoa idoso. A atividade física proporciona a melhora da capacidade funcional, previne eventos agravantes à saúde, como quedas, fraturas e internações, além do mais auxiliam na manutenção da autonomia e independência do idoso.

Ao se tratar a temática da terceira idade precisa-se entender o papel da psicomotricidade na promoção à saúde, enfatizando-se que a mesma auxilia o idoso a ter uma boa imagem de si mesmo e de reconhecer-se como um sócio afetivo, com a família, com amigos, parceiros de clube etc. O processo psicomotricista não tem a finalidade de rejuvenescimento, mas tem o intuito de incentivar o idoso a viver com satisfação e equilíbrio, utilizando-se de atividades físicas para estas ações (CARVALHO, 2007).

Dentro das ações em saúde preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, buscou-se desenvolver esse trabalho por meio de uma metodologia que facilitasse a interface entre saúde, idosos e profissionais da área de saúde usando a problematização e aprendizagem baseada em problemas.

3 METODOLOGIA

O produto é o próprio projeto e plano de ação ora apresentado que define todas as ações desenvolvidas no nosso ambiente de trabalho – TECNOLOGIA DE CONCEPÇÃO

O cenário de realização do trabalho é própria unidade básica de saúde, no salão de eventos na área de abrangência da ESF, do Bairro Santo André, no Município de Lajeado, RS. Os participantes dessa atividade são usuárias acima de 60 anos de idade da área adstrita.

O trabalho teve início em setembro de 2013, sendo que a observação da atividade deu-se até fevereiro de 2014. Observaram-se nesse prazo todas as etapas necessárias a realização de uma atividade em grupo, bem como a etapa de planejamento com definição de metas.

Realizou-se então um plano de trabalho, o qual seguiu quatro etapas: **1) Definição de Metas, 2) Criação do Indicador de Monitoramento e Avaliação; 3) Descrição das Ações Realizadas e 4) Operacionalização.**

Num primeiro momento, como *Primeira Etapa*, foram definidas as Metas, de acordo com cada objetivo traçado, no sentido de:

- Encorajar as usuárias a participar das rodas de conversas realizadas nos grupos, realizando colocações dos problemas diários que lhes causam incômodos;
- Realizar automassagem com as usuárias para que elas possam conhecer o seu corpo, perdendo o medo de se tocar e descobrindo o quanto é importante o toque em suas vidas, proporcionando momentos de relaxamento;
- Proporcionar atividades lúdicas, alongamentos físicos favorecendo a capacidade de resistência e flexibilidade;
- Melhorar por meio dos momentos de escuta os registros das informações de situações em que as usuárias necessitam mais atenção;
- Facilitar a coordenação, o desempenho neuropsicológico, o controle postural, além de proporcionar a socialização e a sensação de bem-estar.
- Promover a velocidade psicomotora com atividades que melhore a capacidade respiratória, de equilíbrio e força, permitindo igualmente melhorar a velocidade de reação e o desenvolvimento de habilidades psicomotoras (percepção auditiva, visual e tátil, lateralidade e confiança social).

No momento posterior, como *Segunda Etapa*, foi construído um Indicador para auxiliar na realização das atividades, bem como acompanhamento, monitoramento e posterior

avaliação. Assim o **Indicador** construído representou: *Proporção de mulheres com idade acima de 60 anos praticando atividade no serviço de saúde e em espaços externos*. O **Numerador** representou: Número de mulheres acima de 60 anos cadastradas praticando alguma atividade física; e o **Denominador**: Número total de mulheres acima de 60 anos na área de abrangência da unidade de saúde.

Na *Terceira Etapa*, seguiu-se ao **Detalhamento das Ações** que foram executadas em consonância com as metas propostas no projeto.

A *Quarta Etapa* foi de Operacionalização, seguiu com a abordagem da atividade psicofísica propriamente dita, a qual se apoiou em publicações do Ministério da Saúde, a saber: Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 e Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Por não se tratar de uma pesquisa e sim de um projeto intervenção, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre a situação assistencial. O trabalho utilizou-se apenas da tecnologia produzida pela observação e pela análise das ações.

As dificuldades enfrentadas para a realização do grupo foram somente de caráter físico e econômico para aquisição do material para as atividades cotidianas, muito embora o grupo tenha procurado superar tal adversidade.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Foi realizado um acompanhamento mensal do grupo para a cobertura quanto à participação e detecção de problemas que as usuárias possam estar passando em casa com familiares, na comunidade e no próprio grupo.

Além do mais, foi realizado monitoramento sobre o desenvolvimento das atividades propostas, a adequabilidade das atividades, a periodicidade sobre os registros de todas as mulheres acompanhadas e sobre as avaliações dos grupos de risco entre as mulheres da unidade, monitorou-se também o número de mulheres que receberam orientações sobre os trabalhos realizados.

Na organização e gestão de serviços, todas as mulheres acima de 60 anos de idade que demandavam a realização das atividades foram acolhidas, para isso foram abertos três horários por semana para realização das atividades da área de cobertura da unidade de saúde. As idosas que realizavam as atividades fora da unidade, com plano de saúde particular, apresentaram aos ACS relatos que comprovavam se a prática de atividade física estava sendo realizada ou não e que o objetivo das idosas em realizá-la era para promover qualidade de vida, bem-estar e auxiliar no seu dia a dia.

No engajamento público, a comunidade já esclarecida sobre a importância da realização e a periodicidade recomendada para as atividades, principalmente ao público feminino da faixa etária de 60 anos e mais.

No mesmo eixo, por meio de estratégias foi identificada na própria comunidade fatores de evasão e retorno das usuárias, assim como configurar medidas de combate aos fatores de risco possíveis de modificação, detecção pelas próprias usuárias dos sinais de alerta para mudanças de atividades. Também foi analisada e informada à comunidade sobre a importância dos hábitos alimentares, prática regular de atividade física e não adesão ao uso de tabaco e álcool.

Na qualificação da prática os profissionais foram capacitados nas reuniões de equipe sobre a melhor forma de realizar o acolhimento e o cadastramento das idosas com um quadro alterado para garantir um bom acolhimento de prevenção dessas mulheres. Todos os ACS foram capacitados para o cadastramento dessas mulheres e quanto à periodicidade das atividades praticadas por elas. Por meio documental, foi disponibilizado registro atualizado dos resultados das atividades na unidade. Toda a equipe que realizava atendimento clínico e as Agentes Comunitárias de Saúde da ESF Santo André foram capacitadas para orientar sobre

a prevenção das doenças que podem ser prevenidas e melhoradas com as atividades realizadas.

As usuárias eram acompanhadas nos grupos realizados na Unidade, por meio dos trabalhos supervisionados pela enfermeira da unidade com as mulheres da faixa etária acima dos 60 anos de idade. Nesses grupos eram focalizados temas de interesse e relacionados com a etapa do ciclo vital das usuárias. Ao desenvolver o trabalho a enfermeira seguia as etapas do processo de enfermagem: investigação, aplicação do histórico, diagnóstico, planejamento, desenvolvimento e avaliação.

Os encontros foram realizados na unidade e todas as usuárias eram acolhidas no grupo. Assim, as participantes assinavam uma ata de presença, na qual constava o registro da data de realização e quais as atividades haviam sido desenvolvidas. Este registro era usado nas avaliações, no planejamento e desenvolvimento das atividades. A enfermeira efetuava suas observações de melhorias no grupo e mudanças juntamente com as participantes durante as rodas de conversa. O acompanhamento das usuárias era realizado semanalmente, também para verificação de quais delas apresentavam baixa adesão.

Para ampliação da cobertura, as ACS realizaram o cadastramento de todas as usuárias dentro da faixa etária de 60 anos e mais. As ACS registravam o nome da usuária, a área e a micro-área do endereço de residência, além dos registros da participação nos encontros, com a finalidade de esclarecimentos sobre a importância do acompanhamento e a frequência no qual a usuária deve praticar as atividades.

A equipe toda foi preparada para receber essa demanda com um atendimento humanizado, valorizando a qualidade da técnica e ética dos cuidados aliada aos direitos de cada usuária, garantindo respeito às questões de gênero, etnia, situação econômica e orientação sexual. Além disso, era valorizada a verbalização das necessidades de cada usuária. Para isso, a equipe foi capacitada de forma a que se obtenha uma padronização da conduta e linguagem adotada, incluindo ACS, técnicos, médico, nutricionista, dentista e enfermeira, essa capacitação ocorreu dentro da unidade pela enfermeira e médico, fazendo parte da educação continuada da equipe.

Melhorar a adesão das mulheres à realização das atividades psicofísicas é um compromisso da unidade de saúde com propósito de atender 100% dessa população, verificando as que apresentam um quadro alterado, sendo encaminhadas para o CAPS para um acompanhamento psicológico e psiquiátrico e após retornando a unidade de acordo com a contra-referência, se não tiver a resposta no momento do encontro, marcar um segundo

encontro para que possa pesquisar e orientar com clareza a mesma, sem deixar que saia da unidade sem uma resposta para suas dúvidas.

O acesso às usuárias foi facilitado para melhor acolher a todas. Os encontros foram realizados às segundas, quartas e sextas-feiras, sendo executado pela enfermeira com a participação das ACS, sempre frente à necessidade de contribuir para a melhora da qualidade de vida das usuárias, acompanhando a recuperação das pessoas que apresentavam alterações, criando um bom vínculo com a comunidade ao oferecer confiança a todos.

As ACS cumpriram com sua responsabilidade de fortalecer o elo entre as usuárias e a unidade de saúde, para que todas pudessem ser beneficiadas com as ações de prevenção e a promoção da saúde planejadas no projeto de intervenção, utilizando como base teórica o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Foi elaborado um gráfico para compartilhar com a população os indicadores da realização das atividades para que a população acompanhasse o andamento da qualidade da busca ativa, observando dados das usuárias do bairro, e quantas estavam sensibilizadas e aderindo à busca. Com isso se incentivavam e estimulavam as mulheres que ainda não haviam aderido às atividades, esperando que viessem realizar e compartilhar este ato de cuidado entre elas e para com elas mesmas, demonstrando participação e interesse com a sua própria saúde e de sua família.

Todos os processos realizados na unidade estavam ocorrendo com base nas diretrizes e protocolos ministeriais, o que propiciava melhorar o registro das informações das mulheres cadastradas nos programas da unidade de saúde.

O monitoramento dos registros dos trabalhos era realizado ao final de cada mês, com o número e faixa etária das usuárias que aderiram as atividades, e de forma trimestral para a busca das faltosas pelas ACS, as quais iam até a residência contatando a usuária para saber o motivo da falta e reagendamento de um novo horário para o atendimento com a enfermeira, por meio de uma consulta de enfermagem. Os resultados foram divulgados à equipe para que com esses dados melhorassem os atendimentos e a procura aumentasse.

A identificação das mulheres de maior risco para o desenvolvimento de problemas de saúde era uma das metas da unidade e da equipe de saúde. Assim, se buscou saber o histórico familiar para estabelecer um acompanhamento diferenciado a essas mulheres. Ações educativas foram desenvolvidas para orientar as mulheres e a comunidade sobre os fatores de risco causados pela falta de atividade física, com medidas de prevenção e hábitos passíveis de modificação.

As ações educativas foram trabalhadas em todas as palestras, consultas de enfermagem, acolhimento e todo atendimento que era realizado pela enfermeira era um momento aproveitado para explicitar os benefícios do trabalho realizado na unidade.

Todo atendimento em saúde era realizado com a participação da equipe de profissionais em cada encontro com os usuários da unidade, como nos grupos de educação e prevenção a saúde, as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, enfermeira, técnicos de enfermagem, nutricionista, dentista e o médico, acolhimento e todo atendimento prestado dentro e fora da unidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa produção, que se apresenta também como trabalho monográfico, observou-se a melhora nas condições de saúde das participantes e de aspectos emocionais e afetivos. Houve melhora nas relações afetivas dessas pessoas com suas famílias, além da promoção e fortalecimento do convívio social, evitando assim o isolamento e prevenindo processos depressivos.

Com esse trabalho pode-se avaliar globalmente o idoso, sendo um instrumento para ser utilizado pela equipe multiprofissional, que considera a multidimensionalidade do cuidado psicofísico e gerontológico, incluindo as escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária que possibilitando quantificar o grau de dependência e de autonomia do idoso que são as ferramentas que auxiliam e subsidiam o planejamento e intervenções terapêuticas e de cuidado, usando a problematização e aprendizagem baseada no dia a dia.

A implementação de protocolos específicos no serviço para atendimento ao idoso pode contribuir na identificação dos fatores de risco e medidas de correção antes da intervenção nos serviços dos usuários. Experiências positivas e exitosas vêm desenvolvidas em muitos serviços de atenção primária, ao passo que podem ser replicadas por serem de tecnologia acessível, boa resolutividade e adequadas à realidade.

A Política Nacional do Idoso está comprometida com as demandas do envelhecimento, entretanto a efetividade do plano de ação ainda inicia seus primeiros passos para mudanças em relação ao acolhimento que deve ser realizado sempre de forma humanizada com uma população que vem crescendo a cada dia mais.

Os objetivos do trabalho foram alcançados e acredita-se que essa tecnologia tenha contribuído para o fortalecimento da Linha de Cuidado na Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BEAUVOIR, Simone. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/2003/110.741.htm. Acessado em: 28/02/2014.

SANTO ANDRÉ. **Livro de Registros da Mamografia**. Lajeado. Unidade de Saúde do Santo André. Documento Particular.

OTTAWA, **Carta de Ottawa**. Canadá, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/carta_Ottawa. Acessado em: 01/03/2014.

CARVALHO, Solange MC. **Contribuições da Psicomotricidade para um envelhecimento ativo e saudável**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/SOLANGE%20MOREIRA%20CARDOSO%20DE%20CARVALHO.pdf>. Acessado em: 01/03/2014.

FREITAS, Maria C; MARUYAMA, Sônia AT; FERREIRA, Terezinha de F; MOTTA, Ana Maria de Almeida. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-Americano Enfermagem**. V.10. n2.p. 221-228; março-abril 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10518.pdf>. Acessado em: 01/03/2014.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. **Qualidade de vida e atividade física**. São Paulo: Manoeli, 2004.