



CAMILLA NYARA DIAS SILVEIRA

**HUMANIZANDO O ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA OSVALDO PIANA**

Campo Grande

2015

CAMILLA NYARA DIAS SILVEIRA

**HUMANIZANDO O ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA OSVALDO PIANA**

Projeto de Intervenção: Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós- Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Dra Maria da Graça Barbosa Xavier

Campo Grande

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, meus colegas de especialização do município de Porto Velho e meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a paciência e compreensão durante esse ano, de minha tutora Maria da Graça Barbosa Xavier, pelo incentivo e preceptoria.

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 ATENÇÃO À SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO	11
3.2 O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	12
3.3 O FENÔMENO ENVELHECIMENTO	13
3.4 O CUIDADO HUMANIZADO	14
4 IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	15
4.1 CARACTERIZAÇÕES DA POPULAÇÃO IDOSA ASSISTIDA	15
4.2 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OSVALDO PIANA	15
4.3 JUSTIFICATIVAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS	16
5 RESULTADOS	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	23
APÊNDICE	29

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo demonstrar a importância do atendimento humanizado prestado à população idosa, visto que o processo envelhecimento necessita ser compreendido em sua totalidade, e esta é a população que mais cresce no Brasil. Com o aumento dessa faixa etária no país, torna-se mais frequente a presença de idosos nos serviços de saúde. Desta forma, o idoso deve ser notado com seus direitos e deveres de cidadão e provedor de seu próprio estado de saúde e/ou doença. A humanização deve ser um desafio a ser enfrentado todos os dias, com planejamento dos serviços de saúde, e sua infraestrutura para melhor atender e dar assistência adequada ao idoso. As tarefas envolvidas nesse projeto são amplas, incluindo a promoção de saúde, prevenção de doenças, e garantia de acesso à saúde em todos os níveis de atenção básica à saúde. Muitas questões envolvendo os direitos dos idosos, no cuidado à sua saúde, sua inserção social e vínculo afetivo familiar e sua atividade laborativa, devem ser supervisionadas com atenção, conferindo as propostas de humanização.

Palavras-chave: Humanização, Idoso, Atenção à Saúde, Atendimento.

ABSTRACT

This work aims to demonstrate the importance of humanized care provided to the elderly, since the aging process needs to be understood in its entirety, and this is the fastest growing population in Brazil. With the increase in this age group in the country, it becomes more frequent presence of older people in health services. Thus, the elderly should be noted with their rights and duties of citizens and provider of your own health and / or disease. Humanization should be a challenge to be faced every day with planning of health services, and infrastructure to better serve and appropriate assistance to the elderly. The tasks involved in this project are broad, including health promotion, disease prevention, and health guaranteed access to primary care in all levels of health. Many issues involving the rights of the elderly in the care of their health, their social and family affective ties and their working activity, should be supervised carefully, giving the humanization proposals.

Keywords: Humanization, Elderly, Health Care, Service.

1 INTRODUÇÃO

Tema tão discutido nos últimos anos, o envelhecimento é um fenômeno mundial, e o Brasil hoje é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. De 1960 a 1975, o número de idosos passou de 3 milhões para 7 milhões e, em 2006, para 17 milhões - um aumento de 600% em menos de 50 anos (Veras, 2007).

No país as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada, processo que, do ponto de vista puramente demográfico, deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade. As projeções mais conservadoras indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (Carvalho e Garcia, 2003).

Notando isso, não só devemos melhorar a qualidade da mão de obra, e sim dar condições para que, independente da sua condição social, o idoso possa usufruir de sua longevidade, com qualidade de vida e saúde. Assim, temos que repensar as formas de atenção à saúde existente no Brasil, e ver se elas realmente se adaptaram ou estão passando por adaptações voltadas às necessidades emergentes do processo do envelhecimento.

Faz-se necessário reformular os serviços de saúde, frente ao envelhecimento da população, para dessa forma responder às demandas do novo perfil epidemiológico do Brasil. O cuidado para com essa população, é abrangente, devendo haver intervenções em todos os níveis de atenção, tanto em unidades hospitalares e unidades de saúde (Filho 2000, p. 667)

Temática constantemente abordada em eventos científicos, o cuidar humanizado ao idoso tem a finalidade principal de ressaltar o valor da humanização, como eixo norteador para promoção de uma assistência holística ao ser idoso. Cumpre assinalar que a humanização passou a ser uma preocupação dos profissionais de saúde, sobretudo em relação aos pacientes

idosos, devido às condições especiais que estes apresentam. Contudo, para promoção de uma assistência humanizada ao idoso, é necessário atendimento com prioridade, em sua totalidade e individualidade, além de terem sua autonomia respeitada e sua independência mantida. Para isso, é imprescindível o total envolvimento da equipe de saúde, assim como um pleno engajamento dos gestores e dos usuários num processo contínuo de avaliação. Portanto, é inegável a relevância de novos estudos que busque ampliar a discussão sobre a referida temática (LIMA, 2010).

O tema humanização da saúde aos idosos, embora presente em muitas discussões, ainda encontra diversos obstáculos para assegurar a devida assistência a essa população. A precariedade de investimentos públicos aliados à falta de instalações adequadas soma-se, contribuindo para uma verdadeira dificuldade de acesso dessa faixa etária às unidades de saúde. A capacitação de profissionais e investimentos nas estruturas físicas dos locais de atendimento deve contribuir para um atendimento de melhor qualidade e conforto a essa população que merece a devida atenção e direito à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Aprimorar o cuidado ao paciente idoso na perspectiva de um atendimento humanizado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levar em conta a legislação sobre os direitos do idoso, sensibilizando, divulgando e propondo ações que favoreçam a garantia de direitos dessa população (POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, 1994);

- Estimular o acolhimento continuado como postura de escuta que favorece a troca e o diálogo com o idoso e seu familiar;

- Garantir visitas domiciliares e criar costume do acompanhante do idoso presente nas consultas médicas e em todo o processo de atendimento à saúde, de modo a favorecer maior participação da família, diminuição do estresse, prevenção a descompensações psicológicas e permanência de conexão do idoso à sua rede social de apoio;

- Definir estratégias que favoreçam a disponibilização e capacitação de equipes multidisciplinares de referência buscando uma compreensão integral e compartilhada do idoso, seu perfil e dinâmica de suas famílias;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO À SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO

É importantíssimo salientar primeiro de tudo a distinção entre “modelo de cuida” e o “modelo assistencial”, pois são essenciais para o entendimento e compreensão do tema Humanização. O "modelo de cuidar" é uma atividade intelectual deliberada, pela qual a prática do atendimento é implementada de forma sistemática e ordenada, sendo uma tentativa de melhorar a assistência. É baseada em crenças, valores e significados no processo de viver dos envolvidos no seu cotidiano (Teixeira e Nitschke, 2008).

O "modelo assistencial" é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico para atender aos interesses dos grupos sociais. É uma forma de organização do Estado e da sociedade civil, instituições de saúde, trabalhadores e empresas que atuam no setor para produzir serviços de saúde (Lucena e col., 2006).

Um novo modelo assistencial está em evidência nas estratégias de atenção. Muito se tem discutido a respeito da humanização na assistência à saúde, provavelmente devido à sua fundamental relevância, uma vez que é baseada em princípios como a equidade, integralidade da assistência, dentre outros, resgatando, assim, a valorização da dignidade do usuário e também do trabalhador.

Sob a influência do movimento de humanização, sugere-se que a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de "oferta organizada" de serviços (Puccini e Cecílio, 2004).

Analisando o discurso do Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência, Deslandes (2004) acredita que, apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se autointitulam como "humanizadoras", esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras.

É dar lugar à palavra do usuário e à dos profissionais de saúde, isso é humanizar a assistência em saúde, segundo Oliveira e colaboradores (2006), de maneira que forme uma rede de diálogo que promova ações de saúde, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Porém, em muitos locais, o problema é justamente a falta de condições técnicas e infraestrutura, tornando o atendimento desumanizado pela má qualidade e de baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais podem induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

Notamos em diversas Unidades de Saúde a precariedade do atendimento de uma forma geral, onde os espaços físicos são improvisados, inadequados e em péssimo estado de conservação, afetando negativamente a recepção dos usuários, interferindo na qualidade dos atendimentos e, muitas vezes, impedindo ou impossibilitando a privacidade dos procedimentos. Além disso, a ausência de um ambiente adequado, a falta de recursos humanos e a deficiência na qualidade e quantidade de materiais desmotivam o profissional para uma mudança de atuação (Simões e col., 2007).

3.2 O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como foco principal, é imprescindível que os profissionais estejam comprometidos com a noção de

humanização como pré-requisito fundamental que os capacite para observar as necessidades no processo de envelhecimento do paciente em sua totalidade, e também as necessidades do território sob sua responsabilidade e, sobretudo perceber onde estão as vulnerabilidades que podem levar o idoso ao sofrimento (Chaves e Martines, 2003).

O profissional da saúde é a porta de entrada responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário, usando sempre práticas humanizadoras, usufruindo de capacidades físicas, psíquicas, emocional e intelectual, incluindo troca de sentimentos e saberes (Hennington, 2008).

No caso da atenção (visita) domiciliária, esta possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre trabalhadores e usuários (Puccini e Cecílio, 2004). Além disso, se as ações desenvolvidas são voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários, carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e, sim, estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde (Kerber e col., 2008).

Deve-se exigir para Martins e colaboradores (2007), uma política que amenize a cruel realidade daqueles que conseguem viver com a idade. Seria lamentável não possibilitar o mínimo de condições adequadas para aquele que prolongou sua vida após tantos esforços realizados.

3.3 O FENÔMENO ENVELHECIMENTO

É notável o crescimento considerável da população idosa no país. Neste contexto requer-se uma nova estruturação política e social para atender as demandas emergentes do processo de envelhecimento. Sugere-se uma mudança de paradigmas da atenção à saúde dessa população idosa segundo

Veras (2007) a fim de minimizar sofrimento, dependência e custos, dando à pessoa idosa a condição de decidir sobre sua própria vida.

O próprio fenômeno de envelhecimento gera um sentimento de perda, sinônimo de aposentadoria, dependência e inutilidade. Esse sentimento gera no idoso a sensação de que suas capacidades funcionais estão ameaçadas.

Compreende-se que humanizar está relacionado ao profissionalismo e atitudes éticas, rever seu papel, valores. Humanizar está relacionado com o convívio humano, troca de experiências e vivências, respeito, dignidade, humildade para compreender as limitações e necessidades do outro e também as do profissional. Humanizamos quando ao chamar o idoso pelo seu nome, quando nos preocupamos em explicar a ele os procedimentos ao qual será submetido, esclarecer a finalidade e objetivos da terapêutica proposta, dar espaço para que ele possa expressar-se, e fazer também suas reivindicações, é considerar suas queixas, é esclarecer sobre o possível efeito adverso de uma determinada medicação, é informá-lo sobre as funções dos aparelhos que está sendo utilizado, é mantê-lo confortável, confiante, mostrando que sua participação nesse processo é fundamental para uma melhora no seu quadro clínico.

3.4 O CUIDADO HUMANIZADO

A relação profissional médico-paciente com qualidade é humanizar o cuidado. Deve-se acolher as angústias diante de suas fragilidades no âmbito de corpo, mente e espírito. O profissional deve ter habilidade humana e científica, ao mesmo tempo em que trata, cuida e consola, dispondo de solidariedade, atendimento digno e calor humano. Não ser indiferente à causa dos idosos, criar vínculo agradável com uma relação dialogal, percebendo assim o querer ser atendido com respeito (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O termo cuidado deriva-se do antigo inglês “carion” e das palavras góticas “kara” ou “karon”. Como substantivo, cuidado deriva-se de kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo “cuidar” (de carion) significa “ter

preocupação por”, ou “sentir uma inclinação ou preferência” ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia. (WALDOW, 1992)

4 IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 CARACTERIZAÇÕES DA POPULAÇÃO IDOSA ASSISTIDA

A Unidade de Saúde da Família Osvaldo Piana, situada na Zona Sul da capital de Porto Velho em Rondônia, possui 4.080 pessoas cadastradas em nossa equipe. A Unidade é composta por três equipes. Possuímos um total de dois mil setecentos e cinquenta e seis (2.756) idosos cadastrados, dos quais, um mil seiscentos e cinquenta e três (1.653) são do sexo feminino (60%), e um mil cento e três (1.103) são do sexo masculino (40%). As patologias predominantes estão a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, não insulino dependentes, osteoporose e transtornos depressivos. Possuímos dentre eles, nove (09) idosos acamados, por quadros avançados de osteoporose, sequelas de acidente vascular encefálico e fratura de colo de fêmur. De uma maneira geral, observamos essa população muito humilde e por vezes desacreditada no sistema de saúde atual.

4.2 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OSVALDO PIANA

Dispomos, atualmente, de uma Unidade nova, completamente reestruturada, e entregue pela Prefeitura Municipal em outubro de 2014, a qual foi com muita satisfação e expectativa que estamos agora realizando nosso trabalho assistencial a toda a comunidade do Bairro Areal Floresta, Areal Centro, Mocambo, Tucumanzal, Roque e Nossa Senhora das Graças. Visto tamanha demanda, temos realizado um bom trabalho de disponibilidade de horários matutinos e vespertinos, e uma vez por semana as visitas domiciliares são feitas nas casas dos que mais necessitam.

O Programa Hiperdia tem funcionado em sua totalidade, sendo de ótima aceitação e bom fluxo de pacientes, com acompanhamento sistemático da população participadora.

Recentemente, foi implantado em nossa Unidade, o sistema de agendamento de consultas conhecido como ESUS. Agora, dispomos de prontuários eletrônicos, e não mais o antigo método dos prontuários feitos a mão. O trabalho torna-se mais eficiente e prático, e a comodidade aos pacientes torna-se melhor.

4.3 JUSTIFICATIVAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Pensando no bem estar da população senil de nosso território, e observando a deficiência sanitária, desrespeito à essa faixa etária que tanto já contribuiu para a sociedade, decidimos mudar alguns conceitos referentes ao atendimento dos mesmos, e dessa forma dar mais dignidade à estes que merecem todo nosso respeito e admiração.

Nos últimos seis meses, junto com toda a equipe, começamos a mobilizar os idosos e suas famílias em reuniões no auditório da Unidade para esclarecimento de dúvidas e curiosidades mais comuns. Em um primeiro momento, vimos a necessidade de descobrir quais eram suas prioridades e principais temas a serem discutidos.

Com cartazes nas paredes, feitos por nós mesmos, e orientações nas consultas e visitas domiciliares, começamos a mobilizá-los (idosos e família) para os primeiros encontros. Segundo eles, as dúvidas mais frequentes que queriam tratar, foram a Hipertensão Arterial, Diabetes (suas causas e tratamento) e vida sexual na terceira idade. Ficamos surpresos e felizes com a participação, prontidão e espontaneidade dos idosos ao se manifestarem quanto aos temas.

Muitas vezes em consultas, percebia alguns deles desanimados, abatidos, e principalmente o que mais me chamava a atenção: a quantidade de idosos desacompanhados, sozinhos buscando auxílio médico, em meio a tantas medicações e orientações a ser seguidas. Muitos vinham confusos, sem saber explicar corretamente o uso das medicações e sem as receitas. E esta foi uma dos principais motivos que me motivou a querer mudar esse cenário e ter este como tema de trabalho de conclusão de curso.

A maioria deles quando perguntados sobre o motivo de virem desacompanhados à consulta, diziam que os filhos estavam trabalhando e não podiam acompanhá-los ali.

Nosso projeto de humanização ao cuidado com idoso tem-se intensificado nos últimos meses, devido às palestras socioeducativas e de promoção de saúde. Mediante as consultas médico-ambulatoriais, sanamos as dúvidas e nas visitas domiciliares mantemos o vínculo afetivo com os que não podem vir até nós. A

Aproveitamos esta oportunidade para proporcionar ao paciente idoso, momentos de descontração, com brincadeiras, ginástica, dança, caminhadas e música, além dos momentos de palestra.

Muitos idosos que procuram atendimento médico são analfabetos, e como já mencionado, muitas vezes desacompanhados, se encontram confusos sobre as medicações que tomam ou a posologia da mesma. Dessa maneira, começamos a redigir a receita de forma diferente: aos que não sabem ler, no verso da receita, desenhamos a imagem alusiva de um comprimido, ou metade dele, conforme sua necessidade, e para exemplificar o horário, colocamos em forma de sol (manhã), prato de comida (almoço) ou lua (noite) para que possa existir pleno conhecimento dessa população.

5 RESULTADOS

Após todo esse processo incessante de orientações, cuidado, carinho e atenção com a senilidade e suas necessidades básicas, pudemos notar a satisfação dessa população haja vista todo o processo e mudança no atendimento.

Observamos agora maior disposição e ânimo para irem à consulta, e como resultado deste trabalho, conseguimos mobilizar a família no cuidado domiciliar, na ajuda da tomada de medicações e principalmente o acompanhamento dos familiares nas consultas, para que desta maneira as orientações fiquem mais claras e possam ser seguidas adequadamente.

Os atendimentos odontológicos tiveram maior ênfase, e o fluxo deste atendimento aumentou muito. Os cirurgiões dentistas ao declararem sua experiência com essa faixa etária, se mostraram imensamente felizes e gratificados com o *feedback* dos idosos. “Seu riso é mais feliz”, relata um de nossos dentistas.

Ao nos relatar a experiência vivida nestes últimos meses, a família dos protagonistas, notou grande melhoria do empenho na preocupação com a saúde que os idosos agora mantem, desde sua alimentação, prática de atividades físicas e prevenção de doenças.

A relação do profissional seja ele médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem ou dentista com o paciente, tornou-se mais harmoniosa, pelo vínculo de amizade estabelecido nesse período.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a preocupação apresentada pelas políticas de saúde com o bem estar da população idosa, ainda existem inúmeros obstáculos impedindo que tais políticas possam, de fato, ser concretizadas, impedindo também o cumprimento de equidade, integralidade e universalidade, que são as diretrizes norteadoras do SUS.

A cobrança aos gestores do SUS é de extrema importância, para providenciar os meios e fins para que os idosos possam desfrutar de seus direitos, tão bem colocados nos estatutos, políticas e programas destinados a essa clientela. Outro fator decisivo para um viver mais saudável dos mesmos é a capacitação profissional e o investimento nas estruturas físicas dos locais de atendimento, sendo também nossa responsabilidade através da reivindicação do direito a um atendimento humano.

Acredito que um dos problemas que encontro em minha unidade de saúde, e que também está presente na maioria das outras do município, e que mesmo com este trabalho realizado, não pudemos mudar, é a inexistência do sistema de contra referência ao encaminharmos os idosos para serviços de especialidades. Muitas vezes, não ficamos sabendo o seguimento do tratamento realizado por outros profissionais. O próximo passo para superar essa dificuldade será em reunião com os gestores, exigir essa mudança, para assim melhorar a condução nas terapias de maneira geral.

Em pequena quantidade, ainda encontramos aqueles idosos que retornam às consultas sozinhos, confusos e com terapia irregular. Nossa tarefa é eliminar esse comportamento, visto que notamos grande diferença no seu tratamento e cuidado.

E nessas últimas palavras, torno a repetir aquelas que mais me comoveram como médica assistencialista: Humanizamos quando ao chamar o

idoso pelo seu nome, quando nos preocupamos em explicar a ele os procedimentos ao qual será submetido, esclarecer a finalidade e objetivos da terapêutica proposta, dar espaço para que ele possa expressar-se, e fazer também suas reivindicações, é considerar suas queixas, é esclarecer sobre o possível efeito adverso de uma determinada medicação, é informá-lo sobre as funções dos aparelhos que está sendo utilizado, é mantê-lo confortável, confiante, mostrando que sua participação nesse processo é fundamental para uma melhora no seu quadro clínico.

REFERÊNCIAS

Carvalho, JAM; Garcia, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio-jun. 2003.

Chaves, EC; Martines, WRV. **Humanização no Programa de Saúde da Família**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 274-279, abr.-jun. 2003.

Deslandes, SF. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

Filho, JMC. **Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos**. Rev. Saúde Pública, 34 (6): 666- 71, São Paulo, 2000. Disponível em <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 25 mai. 2008.

Hennington, EA. **Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008.

Kerber, NPC; Kirchhof, ALC; Cezar-Vaz, MR. **Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr.-jun. 2008.

Lima, TJV et al. **Humanização na atenção à saúde do idoso**. Saúde soc., São Paulo 2010; 19(4).

Lucena, AF et al. **Construção do conhecimento do fazer enfermagem e os modelos assistenciais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 2, p.292-298, jun. 2006.

Martins, JJ et al. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o**

idoso. Revista Brasileira de Geriatria e Gerodontologia, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.

Oliveira, BRG; Collet, N; Vieira, CS. **A humanização na assistência à saúde.** Revista Latino - Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar.-abr. 2006.

Pessini, L.; Bertachini, L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994 – **Política Nacional do Idoso**

Política Nacional do Idoso, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 – **Estatuto do Idoso**

Puccini, PT.; Cecílio, LCO. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set.-out. 2004.

Simões, ALA. et al. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul.-set. 2007.

Teixeira, MA; Nitschke, RG. **Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 183-191, jan.-mar. 2008.

Veras, R. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos.** Introdução. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

Waldow, VR. **Cuidar: uma revisão teórica.** Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, 1992. Disponível em: www.pos.ufsc.br - Acesso em: 23 março. 2015

ANEXOS

FIGURAS

Figura 1 – Nova fachada Unidade de Saúde da Família Osvaldo Piana em Porto Velho – RO.



Figura 2 – Acolhimento ao paciente idoso, após confirmar agendamento de sua consulta (Esus), se dirigindo à triagem.



Figura 3 – Triagem realizada pela técnica de enfermagem da equipe antes da consulta médica.



Figura 4 – Atendimento médico humanizado ao idoso.



Figura 5 – Atendimento odontológico.



Figura 6 – Atendimento Visita Domiciliar.



APÊNDICE

APÊNDICE A – Cartão Hiperdia

<p>❖ ORIENTAÇÕES PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS</p> <p>Você também tem um papel a cumprir para tornar o tratamento mais eficaz. Sua colaboração é muito importante.</p> <ol style="list-style-type: none">1. É importante que você tome corretamente seus remédios, quando a hipertensão e a diabetes é tratada corretamente e a tempo, é possível prevenir o aparecimento de complicações graves no coração, no cérebro, nos rins, nos olhos e nas artérias;2. Não interrompa o tratamento sem autorização do médico, mesmo que você esteja se sentindo melhor;3. Controle periodicamente sua pressão arterial e sua glicemia;4. Diminua o sal e a gordura dos seus alimentos;5. Evite ou abandone o fumo e o uso de bebida alcoólicas;6. Controle seu peso;7. Evite a tensão;8. Pratique exercícios: caminhada pelo menos 3 vezes na semana pela manhã até às 10h ou no final da tarde, após as 18h;9. Em caso de dúvidas ou sentir-se mal, procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa. <p>SEMUSA Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p> PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIVISÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS</p> <p>PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE A HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES</p> <p>CARTÃO HIPERDIA</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>PRONTUÁRIO Nº: _____</p> <p>CARTÃO SUS Nº: _____</p> <p>DATA NASCIMENTO: ____/____/____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>_____</p> <p>FONE P/CONTATO: _____</p> <p>MÉDICO: _____</p> <p>HIPERTENSO () DIABÉTICO ()</p>
---	--

