

AMBIENTE E HUMANIZAÇÃO: RETOMADA DO DISCURSO DE NIGHTINGALE NA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Environment and humanization: resumption of nightingale's discourse in the national humanization policy

Ambiente y humanización: la retomada del discurso de nightingale en la política nacional de humanización

Fernanda Duarte da Silva de Freitas¹, Rodrigo Nogueira da Silva², Flávia Pacheco de Araújo³ e Márcia de Assunção Ferreira⁴

Recebido em 09/05/2013, reapresentado em 01/08/2013 e aprovado em 01/08/2013

Resumo

Os objetivos deste estudo foram identificar os elementos constitutivos do conceito de ambiente nos documentos oficiais da Política Nacional de Humanização e analisar as relações entre eles e a promoção de ambiente de cuidado preconizada pela enfermagem. Métodos: Estudo qualitativo e descritivo, cujas fontes foram as onze Cartilhas HumanizaSUS do Ministério da Saúde. Realizou-se análise de conteúdo, tipo lexical, por meio do programa ALCESTE®. Resultados: A classe lexical específica sobre o ambiente como instrumento de humanização evidenciou elementos aproximados ao conhecimento da enfermagem sobre os cuidados com o espaço físico promotor de conforto e bem-estar e o acolhimento dos usuários e seus familiares. Conclusão: Concluiu-se que os elementos constitutivos do conceito de ambiente na Política Nacional de Humanização se coadunam com o pensamento Nightingaleano, que serve de base aos fundamentos da enfermagem, à sua ciência e à sua arte.

Palavras-chave: Enfermagem. Ambiente de instituições de saúde. Humanização da assistência. Política de saúde.

Abstract

Objective: The objectives were to identify the constituent elements of the environment concept in the official documents of the Brazilian National Humanization Policy and to analyze the relations between these concepts and the promotion of the care environment recommended by nursing. Methods: In this qualitative and descriptive research, the eleven HumanizaSUS Brochures of the Brazilian Ministry of Health served as the sources. Lexical content analysis was applied, using the software ALCESTE®. Results: The specific lexical class about the environment as a humanization instrument revealed elements that approximate nursing knowledge about care for the physical space to promote comfort and wellbeing and the welcoming of users and their family members. Conclusion: The constituent elements of the environment concept in the National Humanization Policy are consistent with Nightingalean thinking, which underlies nursing, its science and its art.

Keywords: Nursing. Health facility environment. Humanization of assistance. Health policy

Resumen

Objetivo: El estudio objetivó identificar los elementos constitutivos del concepto de ambiente en los documentos oficiales de la Política Nacional de Humanización y analizar las relaciones entre ellos y la promoción de ambiente de atención preconizada por la enfermería. Métodos: Estudio cualitativo y descriptivo, cuyas fuentes fueron las once Cartillas Humaniza SUS del Ministerio de la Salud. Se realizó el análisis de contenido, tipo lexical, a través del programa ALCESTE®. Resultados: La clase lexical específica sobre el ambiente como instrumento de la humanización evidenció elementos aproximados al conocimiento de la enfermería sobre la atención con el espacio físico proveedor de confort y bien estar y el acogimiento de los usuarios y sus familiares. Conclusión: Se concluyó que los elementos constitutivos del concepto de ambiente en la Política Nacional de Humanización se coaduna con el pensamiento Nightingaleano, que sirve de base a los fundamentos de la enfermería, a su ciencia y a su arte.

Palabras clave: Enfermería. Ambiente de instituciones de salud. Humanización de la atención. Política de salud

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

³Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

autor correspondente: Márcia de Assunção Ferreira E-mail: marciadeaf@ibest.com.br.

INTRODUÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada às práticas de atenção e gestão na saúde. A PNH é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento nos serviços de saúde¹.

Para alcançar a qualidade nos serviços, a PNH estabelece cinco marcas específicas que são: a redução das filas e do tempo de espera com a ampliação do acesso de atendimento de forma acolhedora e resolutiva, baseada em critérios de risco; informação a todos os usuários; acompanhamento de pessoas que fazem parte de sua rede social; defesa dos direitos dos usuários da saúde; bem como a educação permanente para os profissionais de saúde¹.

À luz desta política, a qualidade nos serviços de saúde está intimamente relacionada às melhorias nas práticas de saúde voltadas para os usuários e profissionais de saúde. Logo, a Humanização da saúde é construída com a participação, responsabilização e autonomia inerente aos sujeitos que têm direitos e deveres no processo de saúde, com implicações, também, para a gestão. Para que ocorra a Humanização, é necessário que haja não somente a participação, mas também a prestação dessa condição como atitude ética, legal e moral². Norteia-se pela autonomia e protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção das redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

A PNH segue três princípios: a transversalidade, entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação entre as políticas, programas e projetos e entre sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre atenção e gestão a saúde, pois estas devem ser entendidas como elementos imanentes, presentes nas práticas de saúde; protagonismo dos sujeitos e dos coletivos apostando na transformação. Esses princípios são elementos centrais que conformam o modo como a PNH compreende o poder da política pública de saúde¹.

Em uma perspectiva de construção dialógica e coletiva entre os profissionais de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNH faz uso de algumas diretrizes para orientar/guiar a ação transformadora, a saber: a clínica ampliada, o acolhimento, a cogestão, a valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários³.

Nessa lógica foram desenvolvidos vários dispositivos, que são arranjos materiais ou imateriais para que se potencialize um processo, sendo acionados na prática com vistas a promover mudanças nos modelos de atenção e gestão. Alguns desses dispositivos são:

acolhimento com classificação de risco, colegiados gestores, ambiência, programa de formação em saúde e trabalho, equipes de referência e de apoio matricial, projetos cogерidos de ambiência, direito de acompanhante e visita aberta e construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades de humanização³.

A PNH revela sua força através da compreensão do reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seus protagonismos, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo que tem como características o individualismo e a competição geradora de disputas³.

No que compete à enfermagem, que tem como objeto de ciência e prática o cuidado, é importante que este seja entendido no contexto atual das práticas de saúde como uma condição de direito, pois o respeito às pessoas é uma premissa da enfermagem. O cuidado de enfermagem implica a respeitabilidade do outro, no seu bom trato, sendo, portanto, ético⁴.

O cuidado de enfermagem não se restringe à realização de tarefas e técnicas, resumindo a realização de procedimentos pela equipe de enfermagem. O ato de cuidar na enfermagem constitui-se de ações técnicas e sensíveis, o que lhe confere uma prática complexa. Para a realização do cuidado de enfermagem, é necessário conhecimento científico, interagindo técnica e subjetividade⁵.

Sobre o conhecimento científico da enfermagem, seus componentes mais abstratos e gerais são os metaparadigmas, os quais identificam os fenômenos primários de interesse da disciplina, incluindo as principais orientações filosóficas ou visões de mundo da enfermagem. Tais metaparadigmas abrangem o indivíduo, a saúde, o ambiente e a enfermagem.

O ambiente é um conceito central na enfermagem, tendo sido em torno dele que se organizaram as notas sobre o que é ou não é enfermagem, por Nightingale. O ambiente é entendido como o conjunto de elementos externos aos indivíduos que geram influências sobre eles, como condições internas e externas que influenciam o organismo, e até mesmo como os indivíduos próximos com quem as pessoas interagem.

Na PNH, o ambiente é um elemento importante e a ele a política dedica especificamente três dispositivos que trazem este conceito no centro das proposições: o acolhimento com classificação de risco, a ambiência e os projetos cogерidos de ambiência. O discurso da humanização defende o ambiente como um espaço de interação entre sujeitos, bem como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, em que devem ser garantidos o direito à privacidade e o respeito à individualidade, possibilitando a produção de subjetividades⁶⁻⁷.

Neste sentido, a questão de pesquisa é: Que elementos conformam o conceito de ambiente nos documentos oficiais da PNH? Que aproximações podem

ser estabelecidas com o conhecimento da enfermagem? Objetiva-se identificar os elementos constitutivos do conceito de ambiente nos documentos oficiais da PNH e analisar as relações que se estabelecem entre o que a PNH preconiza e a promoção de ambiente de cuidado preconizada pela enfermagem.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que utilizou como fontes primárias as 11 Cartilhas HumanizaSUS mais atuais criadas pelo Ministério da Saúde que fundamentam a PNH, sendo elas: o documento base, as diretrizes e os dispositivos. Foram excluídos, portanto, outros documentos publicados pelo Ministério da Saúde referentes à PNH que não se constituem como seus norteadores, por não atenderem ao objeto desta pesquisa, bem como os seus objetivos.

A análise, de conteúdo do tipo lexical, foi realizada pelo programa computacional ALCESTE®, o qual busca distinguir, por meio de complementaridade e contraste, as classes de palavras de diferentes formas de texto a respeito de um determinado tópico de interesse,⁸ este mais significativo e representativo acerca da informação essencial contida nos textos analisados. A partir daí o pesquisador realiza o trabalho de interpretação classificando e identificando as relações existentes entre os léxicos analisados⁹.

Os textos das fontes sofreram preparo prévio para submissão no software com a correção de erros ortográficos e utilização do sinal *underline* para a conexão de palavras que requerem o uso do hífen e/ou palavras que precisam ser analisadas conjuntamente. No *corpus*, os documentos foram identificados por linhas de comando, segundo as regras do ALCESTE®, para que o pesquisador pudesse proceder com a contextualização dos léxicos analisados pelo programa. Tal linha de comando se constituiu de um número identificador do documento, do tipo de documento (documento base, diretrizes ou dispositivos) e ano de sua publicação.

O ALCESTE® dividiu o *corpus* em 11 unidades de contexto iniciais (u.c.i), a qual corresponde aos textos de cada documento selecionado da PNH, sendo classificados em 992 unidades de contexto elementar (u.c.e), perfazendo 69% de aproveitamento do conteúdo submetido à análise e agrupando-se em quatro classes lexicais. As u.c.e. representam as unidades de análise de texto, normalmente do tamanho de 3 a 5 linhas, dimensionadas pelo programa em função do tamanho do *corpus* ou pela preferência do usuário do programa, respeitando a pontuação e a ordem de aparição no texto. Nesta pesquisa trabalhou-se com os cortes das u.c.e. feitos pelo próprio programa.

Cada uma das quatro classes oriundas da análise lexical foi nomeada segundo a interpretação das

palavras correspondente a classe, bem como os seus significados e sentidos quando inseridas na u.c.e. A classe 3 foi a que reuniu os léxicos alusivos ao objeto desta pesquisa, sendo, portanto, objeto da presente análise e discussão. À luz dos sentidos dos léxicos que lhe dão forma, a mesma foi denominada “O ambiente como instrumento de humanização”, apresentando 180 u.c.e. e perfazendo 18% do total do corpus e 188 palavras analisadas.

RESULTADOS

O ambiente como instrumento de humanização

Esta classe traz o ambiente como instrumento capaz de possibilitar e favorecer a humanização dos serviços de saúde, sendo um dos fatores que influenciam no *continuum* saúde-doença e, também, na socialização do usuário. Formado a partir da segunda divisão do *corpus* de análise, o corte do Khi^2 foi baseado no dendograma de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com palavras com Khi^2 maior ou igual a 18.

As palavras analisadas que compõem o dendograma da CHD são consideradas como elementos mais importantes representativos das classes, servindo para descrevê-las, pois apresentam maior qui-quadrado (khi^2). O khi^2 calcula a frequência com que uma palavra está presente no texto e isto lhe dá representatividade no contexto do discurso. Quanto maior o khi^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe. No Gráfico 1 evidencia-se a especificidade das classes: quanto mais elevada a posição de uma classe no gráfico, maior sua especificidade.

À luz dos resultados demonstrados na Figura 1, o perfil da classe ampara-se no documento de número 4, sendo do tipo dispositivo, especificado como ambiência, publicado no ano de 2010.

Esta classe caracteriza o ambiente dos serviços de saúde, evidenciado pelas palavras atendimento ($Khi^2= 159$), urgência ($Khi^2= 79$), privacidade ($Khi^2= 59$) e enfermagem ($Khi^2= 58$). Evidencia a importância do contexto social dos usuários através da figura dos acompanhantes e dos visitantes e ressalta o papel da ambiência na oferta de um atendimento resolutivo e promotor de conforto.

Na classificação hierárquica ascendente, pode-se evidenciar as relações que se estabelecem entre a enfermagem e o fluxo de atendimento no que se refere à classificação de risco nos ambientes de emergência, além do subconjunto que agrega o conforto, a espera, a recepção, o acompanhante, a visita, o espaço e a privacidade.

Figura 1: Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente

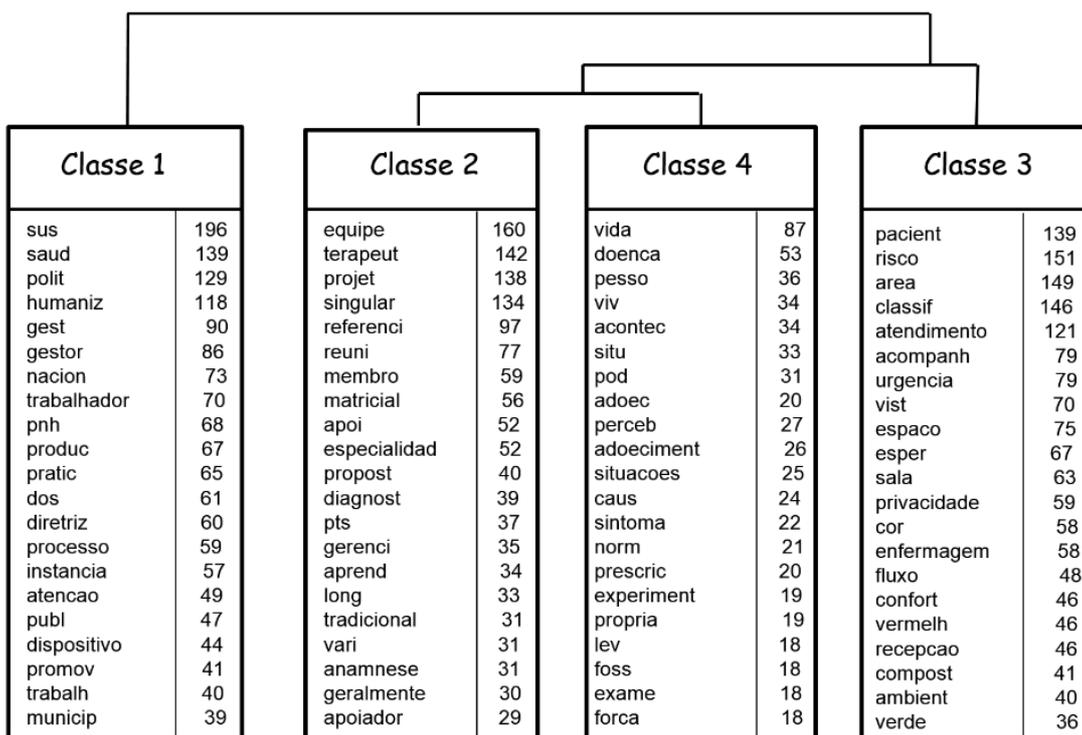
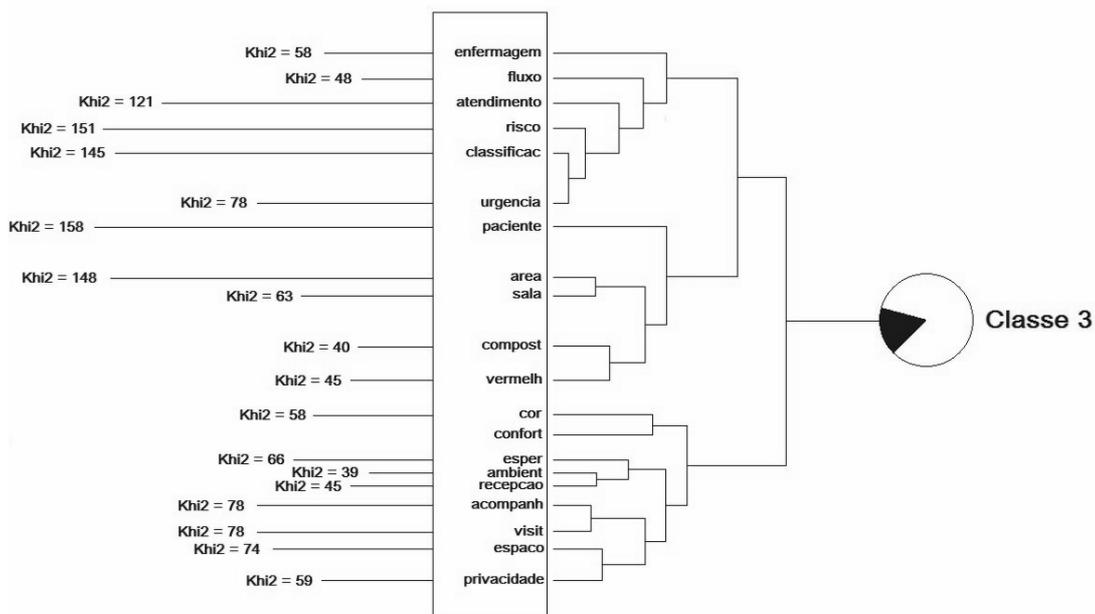


Figura 2: Classificação hierárquica ascendente



DISCUSSÃO

Florence Nightingale, ícone maior da enfermagem mundial e precursora da enfermagem moderna, criou uma teoria conhecida como Teoria Ambientalista, difundida através das obras *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*, *Sick-Nursing and Health-Nursing* e *Notes on Hospitals*, todas publicadas na Inglaterra, na segunda metade do século XIX. Destas, somente a primeira teve tradução para a língua portuguesa, pela Associação Brasileira de Enfermagem, possibilitando aumentar a difusão de seus escritos na enfermagem brasileira¹⁰⁻¹¹. Em suas obras, Nightingale mostra ter um olhar diferenciado sobre o ambiente, entendendo-o como um agente que influencia diretamente nos processos de saúde dos doentes, dirigindo sua atenção para os quesitos que envolviam principalmente a limpeza e o saneamento, haja vista as condições precárias vividas pelas instituições de saúde no século XIX. Mas não somente estes elementos constituíam o ambiente de cuidado à luz das notas Nightingaleanas, o cuidado com o entorno e o contorno do doente envolvia outros elementos com vistas a deixá-lo nas melhores condições para que a natureza pudesse agir e o processo restaurador se instalasse¹⁰⁻¹¹.

Desde Nightingale até os dias atuais, há consenso na enfermagem no que diz respeito à saúde quanto ao oferecimento de um ambiente de atendimento confortável, no que tange à iluminação, ruídos, odores e ventilação adequados⁶. Os elementos essenciais ao cuidado envolvem o ambiente, abrangendo as cores, a iluminação, os sons, o ar puro (ventilação/aeração), além do cuidado com o fluxo de pessoas e de roupas/utensílios sujos e limpos. Tais notas que caracterizam o discurso Nightingaleano se encontram objetivamente evidenciadas nos documentos da PNH, cuja ênfase recai sobre tais elementos, que, se já eram essenciais ao cuidado de enfermagem, configuram-se na atualidade, a partir desta Política, como elementos essenciais à assistência à saúde do usuário, como se pode constatar na u.c.e n° 774:

Nas salas amarela e verde [cores da classificação de risco], além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação (u.c.i n° 5).

Um dos léxicos analisados refere-se ao conforto, que engloba também as questões ambientais, e observa-se que este é objeto de atenção da PNH, sendo, portanto, importante na humanização das práticas de atendimento em saúde. Este elemento está aliado ao cuidado, tanto nos escritos Nightingaleanos como nos atuais, sendo objeto de uma teoria de médio alcance denominada Teoria do Conforto. Esta teoria enfoca que cabe ao enfermeiro identificar as necessidades de conforto dos usuários, e que o conforto ofertado pelos cuidados

de enfermagem pode resultar na redução do estresse casualmente gerado no processo de cuidado de saúde, favorecendo no engajamento de tensões positivas. Os resultados desses cuidados favorecem comportamentos de busca de saúde tanto por parte dos usuários como de sua rede de apoio social^{6,12}. Logo, o conforto é fundamental para a promoção e recuperação da saúde das pessoas, emergindo como elemento nucleador ao redor do qual orbitam vários elementos que importam ao cuidado em saúde, tais como: o preconceito, a religiosidade, a sexualidade, a cultura, a privacidade, evidenciados nos documentos da PNH, traduzidos na u.c.e n° 81.

A violência urbana é para a questão dos preconceitos racial, religioso, sexual, de origem e outros nos processos de recepção/acolhida e encaminhamentos; adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável (u.c.i n° 1)

Um dos metaparadigmas da enfermagem diz respeito à pessoa, no âmbito do qual se considera o indivíduo, a família, a comunidade⁶. A família, portanto, para a enfermagem, também é foco de atenção quando se pensa no cuidado às pessoas. Não obstante, nas unidades de internação brasileiras ainda se encontram dificuldades no que se refere à permanência da família no âmbito hospitalar durante o período de internação de um parente. Concorrem para aumentar tais dificuldades as questões relativas à participação da família no cuidado e à relação com os profissionais. As equipes de saúde ainda não fortaleceram a ideia de que a família também apresenta demandas e necessidades específicas no contexto hospitalar, não estando muitas vezes preparadas para atendê-las¹³.

Dada a importância da participação familiar, os profissionais devem ser formalmente preparados para ter uma postura acolhedora a fim de favorecer boas relações com esses sujeitos que podem ser aliados no processo de saúde do usuário, sendo incluídos no processo compartilhando do cuidado com uma postura colaborativa¹⁴. A PNH não está alheia a esta demanda, e seus documentos mostram tal relevância na defesa de se manter boas relações com a família e de oferecer uma ambiência adequada às suas necessidades, como evidenciado nos conteúdos das u.c.e 779 e 781, respectivamente:

Lembremos, então, de uma diretriz importante para essas áreas: criar espaços que favoreçam o direito ao acompanhante e à visita. É importante que usuários e visitantes não sejam recebidos por um portão gradeado e com horários de visita rígidos e restritos, mas que existam para eles

recepção, lugares de espera e ambientes de escuta. (u.c.i n° 5)

Não basta, portanto, garantir o direito ao acompanhante, mas é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los e acomodá-los, não só nas salas aqui referidas como amarela e verde, mas nos diversos ambientes das unidades. (u.c.i n° 5)

À luz da PNH, o ambiente deve ser acolhedor, tanto que aborda muito criteriosamente o respeito ao acompanhante e ao visitante no papel de integrantes da rede de apoio social dos usuários. Este discurso se aproxima sobremaneira ao discurso de Nightingale, o qual defende que o cuidado de enfermagem não envolve somente os cuidados aos doentes, mas também aos que têm contato com ele, em especial os cuidadores informais⁶.

A ambiência é observada como uma importante ferramenta para a promoção de um cuidado acolhedor e para uma maior valorização dos sujeitos implicados na prática do cuidado, à medida que permite oferecer um espaço mais confortável e uma maior participação social dentro do espaço hospitalar através do acolhimento de visitantes e acompanhantes nas unidades de internação¹³.

Na prática, o fato de os acompanhantes terem que cuidar ininterruptamente dos usuários sem as condições necessárias para um repouso satisfatório e de não terem direito à alimentação oferecida pela unidade de saúde é fator complicador para a saúde desse acompanhante e que pode gerar relações conflitantes com os profissionais¹³. Destaca-se, ainda, que esta situação não atende às premissas contidas nos documentos da PNH, estando, portanto, contra a lógica desta política.

A inserção da rede social e familiar do usuário no cenário hospitalar possibilita a manutenção do vínculo e a proximidade com o mundo social/socialização, além de evidenciar a valorização do usuário como ser social.

Uma ambiência que oferece boas condições de permanência da família na unidade de internação favorece melhores resultados ao tratamento, fortalece o vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade e eleva o usuário e sua rede de apoio social a uma posição protagonista nos cuidados em saúde, vindo ao encontro do que se preconiza nas diretrizes da PNH¹. Portanto, é imprescindível uma política de atendimento ao acompanhante e ao visitante que fortaleça a sua participação nos serviços de saúde¹³. A organização espacial dos ambientes de atendimento precisa não somente seguir as diretrizes arquitetônicas da funcionalidade do serviço, mas levar em conta as pessoas que dão vida e justificam a existência de tais espaços, como evidencia o conteúdo da u.c.e n° 792.

Área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente. (u.c.i n° 5)

Neste íterim, o acolhimento com classificação de risco apresenta-se com muita relevância, e a ambiência aparece mais uma vez como um fator importante para uma atenção humanizada nos serviços de saúde; por meio da utilização de cores baseada em tal classificação, facilita-se a sua identificação, o que pode ser observado na u.c.e n° 659:

A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do espaço. Portanto, é recomendada a utilização de cores que identifiquem as respectivas áreas e eixos, baseadas no sistema adotado pela classificação de risco/vulnerabilidade(u.c.i n° 4)

No sentido de se promover uma boa ambiência, o acolhimento emerge como um instrumento promotor da saúde de quem aplica e de quem faz uso do serviço, pois agiliza o atendimento, organiza o gerenciamento das necessidades dos usuários, prioriza a manutenção da vida e o bem-estar desses sujeitos e facilita a conexão do usuário com a rede de serviços. Isso possibilita relações harmônicas entre os sujeitos, o que leva a melhores condições de trabalho para os profissionais e de assistência em saúde aos usuários¹⁵.

Destaca-se o acolhimento com classificação de risco como mais uma ferramenta de rompimento com um modelo assistencial focado na produção de procedimentos que desvaloriza os sujeitos e suas necessidades, com vistas a priorizar os atendimentos cujas demandas são mais emergentes e articular a reorganização do espaço físico das unidades de prestação de serviços de saúde, em especial as unidades de urgência e emergência, objetivando oferecer um ambiente acolhedor aos usuários, acompanhantes e visitantes, constituindo-se em um verdadeiro ambiente de cuidado¹⁵.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidenciou que a Política Nacional de Humanização volta-se às melhores práticas em saúde, no âmbito do cuidado direto ao usuário quanto à gestão na saúde. Como uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), alinha-se às propostas da integralidade da atenção em saúde, o que mostra o esforço de abordagem completa e holística às necessidades de saúde do ser humano.

Em vista disso, a Humanização, à luz da política, tem foco abrangente que vai desde a oferta de serviços e de tecnologias de cuidado e de gestão, até a criação de ambientes que resultem em conforto, segurança e bem-estar ao usuário e seus familiares.

O ambiente físico e social das instituições de saúde emergem dos documentos oficiais da PNH como promotores de integração dos usuários e seus familiares no cuidado à saúde. Além disso, o conforto que resulta de um atendimento

de qualidade está intimamente relacionado às questões da ambiência proporcionada pelos serviços.

Os resultados desta pesquisa ratificaram que o ambiente é um conceito central trabalhado nos documentos da PNH; nesse sentido, evidenciou-se que os elementos constitutivos deste conceito nos documentos oficiais da PNH têm relações intrínsecas com o que se preconiza no discurso da enfermagem na promoção de ambiente de cuidado, coadunando-se com o que sustenta o pensamento Nightingaleano, que serve de base aos fundamentos da enfermagem, à sua ciência e à sua arte.

12. Nursing Theory. Katharine Kolcaba - Nursing Theorist [Internet]. Nursing Theory; 2011 [acesso em 2013 Mar 23]. Disponível em: <http://nursing-theory.org/nursing-theorists/Katharine-Kolcaba.php>.

13. Dibai MBS, Cade NV. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Rev. enferm. UERJ. 2009 jan/mar; 17(1): 86-90.

14. Teixeira MLO, Ferreira MA. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. Texto & contexto enferm. 2009 out-dez; 18(4): 750-8.

15. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Rev. APS. 2010 mar; 13(1): 4-9.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Humaniza SUS: A Política Nacional de Humanização: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: Brasília(DF): Ministério da saúde; 2008.

2. Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira, MA. Humanização e Desumanização: A Dialética expressa no discurso de enfermagem sobre o cuidado. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2011; 15(2): 306-13.

3. Pache DF, Passos E. A Importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública Santa Catarina. Florianópolis. 2008 jan-jun; 1(1): 92-100.

4. Araujo FP, Ferreira MA. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. REBEN, 2011 mar-abr; 64(2): 287-93.

5. Duarte NE, Ferreira MA, Lisboa MT L. A dimensão prática do cuidado de enfermagem: representações sociais de acadêmicos de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2012 abr-jun; 16(2): 227- 33.

6. Mcewen M, Wills EM. Bases teóricas para enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2010.

8. Kronberger NE, Wagner W. Palavras-chave em contexto: Análise estatística de textos. In: Bauer MW, Gaskeli J, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ. Vozes;2004.p. 416-441.

9. Sousa ES, Rodrigues MAS, Rocha FEC, Martins CR. Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Planaltina(GO): Embrapa Cerrados; 2009.

10. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.

11. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.