

Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas

Humanization in caring for patients with chronic-degenerative diseases

Humanización en los cuidados de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas

*Danielle Justini Fowler**
*Ana Cristina de Sá***

RESUMO: As doenças crônico-degenerativas são doenças progressivas e que interferem na qualidade de vida de seus portadores. Tendo em vista esse aspecto e o fato de ser a humanização das relações e do cuidado ao ser humano uma preocupação de profissionais de saúde e de cuidadores, este estudo tem como objetivo esclarecer dúvidas para que se possa repensar as relações e os valores éticos no processo do cuidar. Além da eficiência técnico-científica, os caminhos apontam também para a prática da sensibilidade e da solidariedade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Doença crônica. Humanização da assistência. Bioética.

ABSTRACT: Chronic-degenerative diseases are gradual diseases that affect the quality of life of sick people. In view of this aspect and the goal of humanization of relationships and care of people as concerns of health professionals and carers, this study aims to dispel doubts so that one can rethink the ethical relations and values in the process of taking care. Beyond technical-scientific efficiency, there are also ways for practicing sensitivity and solidarity regarding human beings.

KEYWORDS: Chronic disease. Humanization of assistance. Bioethics.

RESUMEN: Las enfermedades crónico-degenerativas son enfermedades graduales que afectan a la calidad de vida de la gente enferma. Debido a este aspecto y a la meta de la humanización de las relaciones y del cuidado de la gente como preocupaciones de los profesionales de salud y de los cuidadores, este estudio busca disipar dudas de modo que uno pueda repensar las relaciones y los valores éticos en el curso del cuidado. Más allá de la eficacia técnico-científica, hay también maneras de practicar la sensibilidad y la solidaridad respecto a los seres humanos.

PALABRAS LLAVE: Enfermedad crónica. Humanización de la atención. Bioética.

Introdução

Desde o começo da minha carreira profissional, contratada como estagiária de um Hospital particular do Grande ABCD, presto assistência em Unidade de Clínica Médica, onde cuido de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Meu contato com estes pacientes é bastante frequente porque apresentam várias reinternações. Tal proximidade, no início, foi dificultosa, pois, com pouca experiência profissional, sentia-me insegura

ao lidar com indivíduos acometidos por patologias que causavam sofrimento. Com o passar do tempo, fui vencendo as dificuldades e a insegurança e transformando esta experiência em fonte de aprendizado. A primeira impressão que eu tive em relação à vida daqueles doentes era que, embora a enfermidade não lhes tivesse tirado a vida, tinha-lhes estabelecida importante limitação.

A tristeza, muitas vezes presente estampada em seus rostos crescida do inconformismo, era

frequentemente ressaltada em suas falas, tais como: "(...) não consigo mais andar, a minha vida é na cama (...)", "(...) não consigo fazer mais nada, nem comer sozinho (...)".

Durante minha vida pessoal me deparei com uma situação semelhante que me fez pensar muito. Minha avó, portadora de Doença de Alzheimer, sofreu muito e assim que ela faleceu, eu pensei em realizar um estudo sobre humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas, tendo em base que, ainda hoje, há

* Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo, São Paulo.

** Enfermeira, Psicóloga e Pedagoga. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: anaca@saocamilo-sp.br

muitos cuidadores e profissionais de saúde com dúvidas em relação à palavra cuidar.

Espero eu, ao desenvolver este tema, possa estar contribuindo para sensibilização do leitor quanto a cuidar de forma humanizada o portador de doença crônica degenerativa, amenizando assim, sua dor e os preconceitos que sofre com tais limitações.

Metodologia

Esta pesquisa foi projetada e elaborada baseada em referências bibliográficas a partir dos descritores humanização da assistência e doenças crônico-degenerativas. Foram pesquisados as bases SciELO, LILACS e MEDLINE dos últimos 20 anos cujo levantamento de dados foi realizado em várias fontes como: artigos, livros científicos, dissertações, teses e sites online atuais e oficiais, datando de 1959 a 2006, dando-se maior ênfase às últimas duas décadas. Os trabalhos anteriores a estes foram mantidos quando considerados clássicos da literatura nesta área do conhecimento. Este levantamento foi realizado em duas bibliotecas, sendo uma particular e uma pública, localizadas na cidade de São Paulo.

Humanizar em saúde: um caminhar histórico

Os gregos foram os primeiros a separar a categoria material da espiritual e desenvolver a abordagem científica tal como é utilizada hoje. Era comum no mundo antigo o uso da música e de palavras de encantamento no processo de cura. Todos reconheciam o poder curador das palavras e as usavam para expelir os espíritos malévolos das doenças.

A harmonia interna podia ser obtida pela música, dieta, compreensão dos sonhos e meditação,

que levavam à estabilidade e união do corpo e alma. Platão afirma que a cura deve dirigir-se à alma:

(...) assim como não é possível tentar a cura dos olhos sem a da cabeça, nem a da cabeça sem a do corpo, do mesmo modo não é possível tratar do corpo sem cuidar da alma (...). É da alma que saem todos os males e todos os bens do corpo e do homem em geral, influenciando ela sobre o corpo como a cabeça sobre os olhos (...)¹

A entrada no século XX apresenta uma visão fragmentada de homem, estudando-se a doença com ênfase na compartimentalização, objetividade, concretude e padronização. A partir de então, começa a emergir o reconhecimento de que as características peculiares de cada paciente, como sua história, suas relações sociais, seu estilo de vida, processos mentais, personalidade e processos biológicos precisam ser incluídos para se atingir uma conceitualização de saúde e doença.

Assim se desenvolve a Medicina Psicossomática, que oferece subsídios para a compreensão da relação mente-corpo. A história da psicossomática é dividida em três fases: a primeira, denominada fase inicial ou psicanalítica, teve seu interesse voltado para o estudo da origem inconsciente das doenças. A segunda, também chamada de fase intermediária, valorizou a pesquisa em homens e animais, deixando grande legado ao estudo do estresse. A terceira fase, denominada de atual ou multidisciplinar, valoriza o social e a interação entre os profissionais das várias áreas da saúde.

As rápidas e profundas modificações econômicas, políticas e sociais ocorridas de forma heterogênea nas diversas regiões do Brasil, a partir da década de 60, resultaram em mudanças marcantes na sociedade, caracterizadas por

fatores como a diminuição acentuada do índice de fertilidade, redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento expressivo da esperança de vida ao nascer, e modificou-se, também, o estilo de vida da população, com apreensão ou reforço de hábitos, muitas vezes indesejáveis à saúde.

O declínio das taxas de fecundidade no Brasil, nas últimas décadas, trouxe grandes implicações sobre a tendência demográfica de sua estrutura etária, apontando para um crescimento importante do número de idosos no país e configurando outro perfil populacional, com consequente necessidade de novo delineamento de prioridades.

Paralela a essa transição demográfica, vivenciamos a transição epidemiológica que consiste na alteração do perfil de morbimortalidade do país, decorrente da substituição das causas de morte, anteriormente consequentes de doenças infecciosas e parasitárias, que atingem mais a população infantil, pelas doenças crônico-degenerativas, frequentes na população adulta.

Nesse novo quadro demográfico e epidemiológico, indivíduos atingem um período da vida quando problemas decorrentes de doenças crônico-degenerativas tornam-se manifestos, somando-se às diferentes condições de vida das pessoas idosas no Brasil, já que são diretamente afetadas por desigualdades de renda, educação, habitação, transporte, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Portanto, torna-se evidente nossa preocupação com a qualidade de vida dessas pessoas que alcançarão à velhice.

É característica das patologias crônicas que os cuidados nunca cessem. Após a alta hospitalar, em casos mais graves, estes pacientes são levados para uma outra instituição, como um asilo, por exemplo. Ou então, o que é mais comum, considerando a cultura brasileira e

as condições socioeconômicas de nossa população, o paciente é encaminhado para casa.

O *Estatuto do idoso* preconiza a permanência deste junto à família, o que deve ser garantido por meio de suporte social, que inclui, entre outras coisas, o atendimento domiciliar, para a população que esteja impossibilitada de se locomover e, portanto, possa dele se beneficiar².

A Política Nacional de Humanização, por sua vez, não demarca um conceito, habilmente afirma apenas um “entendimento” do seu coletivo de formuladores:

Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento³.

Pensar na relação humanização/trabalho em enfermagem nos remete a duas diferentes formas de abordar o assunto. Podemos nos referir à humanização do trabalho de enfermagem ou ao trabalho humanizado da enfermagem. No primeiro caso, estaríamos nos referindo ao desenvolvimento de uma assistência de enfermagem humanizada e, no segundo, a um processo de trabalho que humanize as relações do trabalho de enfermagem. Nos dois casos estaríamos falando da razão e do sentido que

esses conceitos abarcam na profissão enfermagem, pois a enfermagem é, essencialmente, cuidado, e cuidado prestado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade⁴.

Portanto, ao falarmos em cuidado de enfermagem ao ser humano implica, essencialmente, em cuidado humanizado. Contudo, é importante ressaltar que, muitas vezes, devido à sobrecarga imposta pelo cotidiano de trabalho, a enfermagem presta uma assistência mecanizada e tecnicista.

Dois aspectos são fundamentais para a construção da humanização no trabalho de enfermagem. Um deles está vinculado à qualidade do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários no processo de atendimento à saúde e o outro está vinculado às formas de gestão dos serviços de saúde⁵. Assim, os requisitos básicos colocados para o desenvolvimento de uma assistência humanizada e de qualidade incluem o compromisso da liderança do serviço, a qualidade da gestão, a competência e a criatividade da equipe.

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário-profissional. Contudo, não é possível esperarmos de uma equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos.

Humanizar exige considerar novas formas de gestão das instituições de saúde, o que implica sensibilização dos dirigentes das instituições e dos idealizadores das políticas de saúde. Humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente, jamais

estará dada, sendo preciso reconstruí-la em todos os atos de saúde, quer aqueles burocrático-administrativos, quer aqueles relacionais. Humanizar no setor de saúde é ir além da competência técnico-científico-política dos profissionais, compreende o desenvolvimento da competência nas relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos⁶.

O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. É assim que Pessini⁷ se refere a esses aspectos:

“Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros”.

O enfermeiro, na luta para melhor se adequar ao ambiente do “cuidar”, deve otimizar o espaço terapêutico, organizar o ambiente para que o cuidado se estabeleça. Neste ambiente, onde existe uma particularidade diferenciada que agrupa a gerência e a assistência. Consiste, ainda, em oportunizar ambientes e ações que possibilitem o “cuidar” criativo, o decidir e o liderar, e ter por finalidade organizar o espaço terapêutico “o cuidar”⁸.

Reconhecer os sentimentos do doente é fundamental para o enfermeiro, pois é através dessa compreensão que ele percebe as necessidades reais do paciente e pode realizar um plano de cuidados sistematizados, considerando a pessoa como um todo, e desenvolvendo uma postura empática⁹.

Para finalizar, na área da enfermagem aprendemos a anotar tudo o que acontece e os procedimentos realizados com o paciente, registramos o exame físico, a evolução e passa-se verbalmente as intercorrências do plantão em frente ao leito do paciente.

Porém, deixamos de perceber o imperceptível que inclui ver o paciente como um todo, um ser que tem emoções, medos, angústias e ansiedades que muitas vezes não são ditas, mas que é possível perceber através de pequenos gestos e olhares.

De acordo com Sá¹⁰, as soluções criativas são encontradas quando se pretende prestar uma boa assistência. É uma questão de crer em nossa capacidade criativa e ter a intenção de utilizá-la.

A observação e a comunicação são ações das mais importantes para ajudar o paciente com comprometimento psíquico ou não. Devemos observar as ações do paciente para fazer uma leitura de seu estado e podermos, através de ações terapêuticas baseadas na relação e na comunicação, trazer alívio e melhora de seu sofrimento.

A comunicação é um processo de troca de informações onde o afetivo se agrega e está embutido: é um processo dinâmico onde se faz necessária a presença de um emissor e um receptor da mensagem.

A comunicação pode ser feita através da mensagem verbal e da não verbal, que é aquela que realizamos através da nossa expressão corporal: postura, mímica facial etc.

Nesse sentido, muitas vezes o que expressamos através da fala se contrapõe com o que o corpo ou a mímica do rosto expressa.

O profissional deve observar a comunicação não verbal que o paciente expressa e valer-se dessa informação de maneira terapêutica. Como exemplo, ao observar o paciente de olhos arregalados, fixos, falando sozinho e em um tom de voz baixo, deve-se tomar precauções na abordagem, pois, esse paciente pode estar respondendo a vozes, sem saber e ver onde está a pessoa que lhe fala.

O vínculo terapêutico é favorecido quando o profissional tem atitudes que propiciam segurança e confiança. Isto deve estar presente desde os primeiros momentos de contato.

O profissional deve dar atenção, ouvir, saber compreender os atos do paciente, orientá-lo sobre seu estado e o que deverá ser feito, deve identificar-se de maneira formal, o mesmo deve ser feito com familiares e/ou acompanhantes, deve ainda estar receptivo ao paciente, abordá-lo de forma respeitosa, mostrando-se sensibilizado com o seu sofrimento.

É necessário perceber com quem o paciente fez o vínculo, pois essa pessoa é quem deve abordá-lo sempre que possível, para se conseguir atitudes e abordagem terapêutica.

Para a manutenção do vínculo é de suma importância que o profissional mantenha-se disponível para verificar e atender às necessidades do paciente de acordo com o possível.

Há situações específicas em que isto não pode ser feito: quando o paciente está sem crítica ou com a mesma diminuída, desorientado, falando muito, mudando de assunto e querendo atenção do profissional, neste caso, deve-se tentar explicar ao paciente que a comuni-

cação está prejudicada, colocando limites: fixando assunto, tentando facilitar o retorno ao mesmo, ou fazendo-se ouvir.

Há pacientes que ao relatarem seus conflitos e problemas podem ter um aumento de seu sofrimento e, por vezes, necessitem de uma paralisação, uma pausa para poderem reequilibrar-se, ordenar o pensamento, aliviar as pressões.

Quando ocorrem essas pausas o profissional deve, por alguns instantes, mantê-las e em seguida estimular o paciente a voltar a falar, caso ele não queira, não se deve insistir e sim respeitá-lo a quando quiser voltar a falar, procurá-lo.

Há pacientes que têm dificuldades para se expressar, com isso não conseguem por vezes completar frases, falar fluentemente, terminar um assunto.

O profissional deve estimulá-lo a concluir o assunto com suas próprias palavras na tentativa de melhorar o curso do pensamento, sem induzi-lo.

Se o paciente e/ou familiar desviar o assunto ou, o que é comum, o paciente quiser fazer o papel de entrevistador, deve-se mostrar que isto não o ajuda e que estamos à disposição para oferecer um tratamento.

Deve-se sempre deixar um espaço para que o paciente sinta-se à vontade e possa expressar-se, fazer perguntas, tirar dúvidas, repetir assuntos e pedir orientações.

Não se deve em nenhuma ocasião, mentir para o paciente e/ou familiar/acompanhante, pois ao descobrirem a verdade sentir-se-ão traídos em sua confiança e o vínculo será perdido.

Falando com segurança e levando ao paciente uma mensagem tranquilizadora fica mais fácil a possibilidade de cooperação por parte do mesmo.

Há situações em que o paciente está confuso, desorientado e que

por mais que tentemos abordá-lo, ele não responde de maneira adequada: nestes casos deve-se colocar o que irá ser feito, repetindo-lhe tantas vezes quanto necessário, sem comprometimento da ação: expõe-se ao paciente/familiar o que está acontecendo e o que vai ser feito para ajudá-los.

Deve-se procurar atender o paciente somente naquilo que for possível, evitando promessas com o intuito de conseguir algo em troca.

Deve-se chamar o paciente pelo seu nome e não colocar-lhe apelidos ou, mesmo que de forma carinhosa e respeitosa, chamar o paciente de “irmão”, “avô”, “mano” etc.; não se deve fazer comentários negativos sobre o paciente entre a equipe, com os familiares e acompanhantes.

Em nenhum momento deve-se usar da agressão verbal ou física com o paciente, mas ser firme. Nos casos de pacientes agressivos usar de ação física somente como forma de proteção e contenção e, de maneira alguma, para agredir o mesmo.

A dimensão espiritual do homem está hoje no centro das atenções dos profissionais de saúde. A vivência da espiritualidade continua a ter uma vertente comunitária contudo, porque estamos em um mundo de forte tendência individualista onde cada um tem a sua verdade, a procura do transcendente torna-se também individual e singular. Mas o que importa referir como questão de partida é que, o ser humano apesar de todos os avanços da ciência e da tecnologia, tem necessidade constante de dar resposta à pergunta milenar do sentido para a vida. Qual é o sentido da minha vida?

Esta interrogação é colocada por cada um de nós como prestadores de cuidados e é colocada pelas pessoas que atravessam percursos de doença na sua história de vida. As-

sim o nosso olhar profissional para uma pessoa doente não é nunca um ato inocente ou indiferente, nem simplesmente técnico, mas tributário de uma visão mais vasta do mundo e do homem. Neste sentido faz-nos todo o sentido dar igual importância à dimensão espiritual do homem quando estamos em situação de processo de cuidados.

Quando se fala de espiritualidade somos levados a pensar que se trata da ligação da pessoa a uma determinada religião. Por isso espiritualidade seria sinónimo de religiosidade, contudo se para algumas pessoas a sua dimensão espiritual está muito interceptada pela dimensão da religiosidade para outras provavelmente estará muito pouco.

Para mim, espiritualidade é o caminho pelo qual a pessoa compreende e vive livremente considerando-se o seu significado, as crenças e os valores. É um processo de crescimento e de maturação, estabelece os fundamentos básicos para uma relação individual com os outros e com a sociedade, é a lente da qual a pessoa vê o mundo.

É pelo diálogo, da vivência da minha própria vida, da minha vivência em família, da relação com os meus colegas, amigos e outros, da participação ativa na vida em comunidade que eu própria procuro o tesouro da minha própria espiritualidade.

Acredito que todos nós somos seres dotados de um corpo como expressão da nossa existência, como instrumento de comunicação, de encontro, de comunhão com os outros homens, mas ao mesmo tempo experiência de limitação e de finitude, experiência de grandeza e fragilidade, necessitamos de nos encontrar, a fim de podermos realizar plenamente para também podermos alcançar o sentido da nossa própria existência.

Estamos muito longe de sermos capazes de adivinhar o verdadeiro

conteúdo que trazemos em nós, ou de avaliarmos o que realmente significamos. Mas também acredito que cada um de nós é construtor da sua realidade pessoal, que apesar de tão pequenos e limitados, somos infinitos, por origem e por destino, já que a nossa medida é a imagem da Infinitude que nos criou..

A dimensão espiritual é uma dimensão importante da existência humana, no entanto a espiritualidade em si mesmo é um conceito abstrato que envolve muitas facetas e é usado muitas vezes incorretamente e substituído pelo termo religião. Espiritualidade é o núcleo central do ser humano e normalmente refere-se a uma experiência que envolve a percepção das relações de cada pessoa com um ser supremo, com a vida, a natureza, com o desconhecido, com um grande poder, ou com os outros e com o ambiente.

Espiritualidade envolve sentimentos, significados e propósitos para a existência do homem ao longo do seu trajeto de vida.

A sociedade espera dos profissionais da área da saúde que na sua relação com a ciência, a dimensão espiritual seja abordada honestamente e se desmistifique o sentido do charlatismo que por vezes lhe está associado.

Embora, as relações entre espiritualidade e cuidados de saúde já estejam na ordem do das pesquisas nesta era, há um longo caminho a percorrer e fazer com que as pessoas sejam tratadas de uma forma individual e humanizada.

Conclusão

Verificamos ser muito importante, diante dos argumentos explorados pelo amplo levantamento bibliográfico e reflexões realizadas, que os profissionais da saúde se conscientizem de que humanização é uma palavra aparentemente fácil

de entender, porém, nem sempre fácil de praticar no dia-a-dia. Este estudo possibilitou-me mostrar à todos como tentar ser mais humana, mesmo em situações complicadas e difíceis. Assim, consideramos que todos os objetivos iniciais que se tinha proposto foram alcançados com sucesso, finalizando esta monografia.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, ainda é um dos mais difíceis de ser efetivado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente do hospital faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado no hospital, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de um hospital não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor.

Embora seja o local ideal para o atendimento a pacientes, o hospital parece oferecer um ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte, entre outros.

Por força dos efeitos negativos do ambiente sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, uma série de estudos volta-se para a necessidade de humanização dos serviços que utilizam alta tecnologia.

A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está só nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas principalmente no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e biopsicossócioespirituais do ser humano.

É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem a pacientes com doenças crônico-degenerativas com a finalidade de provocar uma

reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros.

Neste estudo, entende-se que humanizar é uma medida que visa, sobretudo, a tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser complexo e que transcende o aspecto físico. Além de envolver o cuidado ao paciente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente.

A humanização é, hoje, uma necessidade das vertentes filosóficas que permeiam o ser enfermeiro e o ser enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam o hospital.

REFERÊNCIAS

1. Ramos DG. A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: 2003.
4. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2003;2(56):189-92.
5. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comunic Saúde Educ. 2005 Mar/Ago;9(17):389-406. Disponível em: <http://www.scielo.br>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: 2001.
7. Pessini L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. Mundo Saúde. 2003;27(2):236-7.
8. Tanji S, Coelho MJ, et al. A influência Histórico-social. Enfermagem Atual. 2005;(30):24-7.
9. Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença e o não-verbal detectado pelo enfermeiro. Nursing. 2001;4(41):14-20.
10. Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2003.

*Recebido em 8 de janeiro de 2009
Versão atualizada em 11 de fevereiro de 2009
Aprovado em 24 de março de 2009*