

PROXÊMICA: AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS PELO IDOSO HOSPITALIZADO QUE CARACTERIZAM SUA INVASÃO DO ESPAÇO PESSOAL E TERRITORIAL

PROXEMICS: SITUATIONS IN WHICH HOSPITALIZED ELDERS RECOGNIZE INTRUSION INTO THEIR PERSONAL AND TERRITORIAL SPACE

PROXÉMICA: LAS SITUACIONES RECONOCIDAS POR EL ANCIANO HOSPITALIZADO QUE CARACTERIZAN LA INVASIÓN DE SU ESPACIO PERSONAL Y TERRITORIAL

Teresa Cristina Prochet¹, Maria Júlia Paes da Silva²

¹ Doutoranda do Programa Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Docente da Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis, SP. São Paulo, Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora Titular da EEUSP. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Hospitalização. Comunicação não verbal.

RESUMO: O cuidar é um contínuo desafio que abrange o diálogo conscientizado, a negociação e a atenção aos detalhes. Os objetivos deste trabalho foram identificar as situações que caracterizam invasão do espaço pessoal e territorial, por idosos hospitalizados; e identificar as situações em que, apesar de haver invasão, o idoso possa considerá-las agradáveis. Estudo exploratório-descritivo realizado com 30 idosos hospitalizados com a aplicação da Escala de Medida do Sentimento Frente à Invasão do Espaço Territorial e Pessoal, em hospital público do interior de São Paulo em 2007. As situações consideradas desagradáveis que caracterizam invasão do espaço territorial foram vinculadas ao desrespeito e a mudança sem permissão do seu espaço físico; as referentes à invasão de seu espaço pessoal foram aquelas ligadas à exposição de partes íntimas durante a realização dos procedimentos. As situações agradáveis, apesar da invasão, são as que ocorrem os toques afetivos.

KEYWORDS: Aged. Hospitalization. Nonverbal communication.

ABSTRACT: Care is a continuous challenge that includes conscious dialogue, negotiation, and attention to detail. The objectives of this article are to identify situations that characterize intrusion into hospitalized elders' personal and territorial space, and situations in which, even though intrusion did take place, the elderly person considered it pleasant. This is an exploratory, descriptive study which was carried out with 30 hospitalized elders with the application of the Feelings Measurement Scale of Territorial and Personal Space Intrusion in a public hospital in the countryside of the State of São Paulo, Brazil in 2007. The situations considered unpleasant that characterize intrusion into territorial space were related to disrespect and to changes in the elders' physical space without previous permission; invasions referring to intrusion into personal space were related to the exposition of intimate parts during the performance of procedures. Pleasant situations, despite intrusion, were those in which there occurred affectionate touches.

PALABRAS CLAVE: Anciano. Hospitalización. Comunicación no verbal.

RESUMEN: El cuidar es un continuo desafío que engloba el diálogo consciente, la negociación y la atención a los detalles. Los objetivos de este trabajo han sido identificar las situaciones que los ancianos hospitalizados caracterizan como invasión del espacio personal y territorial, e identificar las situaciones, en las que a pesar de haber invasión del espacio personal y territorial, puedan ser consideradas agradables. Es un estudio exploratorio descriptivo realizado en 2007, con 30 ancianos hospitalizados en un hospital público, situado en el interior de São Paulo. El estudio fue realizado con el empleo de la Escala de Medida del Sentimiento Frente a la Invasión del Espacio Territorial y Personal. Las situaciones consideradas desagradables y que caracterizan invasión del espacio territorial han sido relacionadas a la falta de respeto y al cambio sin permiso de su espacio físico; las referencias a la invasión de su espacio personal, han sido aquellas relacionadas con mostrar las partes íntimas durante la realización de los procedimientos. Las situaciones agradables, a pesar de la invasión, son las aquellas en las que ocurren los toques afectivos.

Teresa Cristina Prochet
Endereço: Rua Sebastião da Silva Leite 243
19814-370 - Assis, São Paulo.
E-mail: prochet@uol.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de outubro de 2007
Aprovação final: 09 de maio de 2008

INTRODUÇÃO

O cuidar/cuidado não é uma tarefa nem uma relação fácil, ao contrário, é um contínuo desafio que abrange o diálogo conscientizado, a negociação, a aprendizagem e o ensino. São estes quesitos que trarão novas perspectivas para a preservação da vida e que poderão favorecer o processo de comunicação em saúde.

A comunicação permeia a vida desde o nascimento, é ela que revela a existência humana. Pode receber vários conceitos, dentre eles que é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas;¹ é o que ratifica a condição de ser humano. Existem várias perspectivas para o estudo da comunicação e as teorias que tratam dessa área podem ser divididas em dois grandes grupos: as que analisam o processo de forma mais geral (sistêmicas) e as que aprofundam um dos seus aspectos - interacionismo simbólico, por exemplo, cujo foco está voltado para as interpretações dos indivíduos no processo de interação intrapessoal e interpessoal, como fenômeno que se processa na mente e no interior dos interlocutores, considerando as influências do processo de socialização humana.²

A comunicação pode ser classificada em: verbal, referindo-se às palavras ditas ou escritas; e não-verbal, aquelas associadas aos gestos, silêncios, expressões faciais, entonação e timbre da voz, toque, aparência física, condições ambientais, posturas corporais, posição e distância corporal.³

A comunicação não-verbal nos auxilia para que os sentimentos e os pensamentos sejam expressos, revelando também a coerência entre a intenção e o discurso. Pode-se citar que os objetivos da comunicação não-verbal são: complementar, contradizer ou substituir o verbal e/ou ainda, demonstrar e reconhecer os sentimentos.⁴

Para alcançar uma comunicação efetiva, os profissionais de saúde precisam compreender melhor os fatores de interferência na percepção dos sinais não-verbais. De maneira sucinta, são eles: a motivação que impulsiona o querer se comunicar; as emoções e sentimentos que se vivencia no momento e no contexto; o conhecimento em si dos sinais da comunicação; o grau de intimidade e de aproximação do emissor; o tempo de estímulo apresentado, bem como, as limitações físicas e fisiológicas presentes.⁴ Cabe então, ao profissional, ficar atento para esses aspectos e propor o estabelecimento de uma comunicação terapêutica adequada ao indivíduo que se encontra sob sua responsabilidade.

Quando o indivíduo está hospitalizado, ele se sente amedrontado ou ameaçado, e essa reação torna-o mais propício para decifrar e interpretar os códigos/comportamentos humanos; portanto, os profissionais de saúde precisam “cuidar com cuidado” da comunicação, porque é ela que expressa a nossa intenção com o nosso comportamento.⁴ É por meio dela que revelamos, ao outro, sentimentos positivos como: interesse, afeição, carinho, zelo, responsabilidade, compaixão e negativos como: desatenção, descompromisso, desprezo, nojo, irritação, desrespeito.

Urge que se entenda que cuidar de um indivíduo hospitalizado não só afeta o seu físico, mas principalmente a sua identidade.³ Assim, conhecer os mecanismos e as dimensões da comunicação que podem facilitar o desempenho das funções profissionais em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe que cuida dele, não é só relevante, é imprescindível para o alcance da assistência efetiva/afetiva.

É sabido que o uso do espaço é um meio de comunicação não-verbal que influencia o relacionamento interpessoal. A proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura consciente ou inconscientemente o próprio espaço.^{3,5-6}

A utilização do espaço é determinada culturalmente e a percepção da distância e a proximidade são resultados dos sistemas sensoriais (visual, auditivo, olfativo, tato).⁵ Em diferentes culturas, os canais sensoriais adquirem mais importância do que outros.

A proxêmica estuda o espaço em três aspectos: o espaço de características fixas (ex.: paredes); o espaço de características semi-fixas (ex.: disposição dos mobiliários, obstáculos e adornos); e o espaço informal (o território pessoal ao redor do corpo do indivíduo).⁵

Na cultura norte-americana, identificaram-se quatro distâncias interpessoais que permitem analisar o tipo de relação existente ou pretendida: distância íntima (0 a 50cm), onde ocorre o contacto físico, o calor humano e a transmissão dos odores; distância pessoal (50cm a 1,20m), utilizada na maior parte das interações face-a-face; distância social (1,20 a 3,60m), onde não ocorre contacto físico, porém existe o contacto visual com o interlocutor; e a distância pública (acima de 3,60m), onde o contacto visual não é individual, e sim, coletivo. A análise proxêmica de qualquer interação envolve oito fatores que compõem as suas categorias primárias, são elas:⁵

- Postura-sexo: analisam o sexo dos participantes e a posição básica dos interlocutores (em pé, sentado, deitado);

- Eixo sóciofugo-sóciopeto: demonstra o desencorajamento da interação enquanto o sóciopeto implica no inverso. Essa dimensão analisa o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa; a posição dos interlocutores (face-a-face, de costas um para o outro ou qualquer outra angulação);

- Cinestésicos: analisa o posicionamento das partes do corpo em relação ao outro e suas possibilidades de contacto;

- Comportamento de contato: analisa as formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico;

- Código visual: verifica o modo de contato visual que ocorre nas interações como o olho-no-olho ou ausência de contato;

- Código térmico: implica no calor percebido pelos interlocutores;

- Código olfativo: analisa as características e o grau de odores percebidos pelos interlocutores;

- Volume de voz: analisa a percepção dos interlocutores com relação à adequação do tom de voz utilizado pelos envolvidos.

Esses espaços demarcam áreas de diferentes significados sociais e o homem considerado saudável desempenha distintos papéis em determinados locais. Já, quando se encontra inserido no contexto hospitalar, sai de seu domicílio, que constitui seu ambiente de domínio, e é admitido num local onde seu espaço territorial precisa ser dividido com pessoas estranhas, num momento especial, quando sua saúde encontra-se em crise. Nessa situação em que se encontra fragilizado, pode ser alvo de invasão do seu território e do espaço pessoal, leva-o a expressar reações como ansiedade, inquietação, luta ou fuga.⁷ Na maioria das vezes essas reações dependem da percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo, o outro, os objetos e as situações que o circundam.

Cabe ressaltar, que perceber é conhecer objetos e situações através dos sentidos. Uma determinada situação é compreendida pela junção que se é dada entre os desejos e as necessidades pessoais, portanto, ela é subjetiva. Assim, é essencial que o profissional “compreenda que a maneira como o paciente percebe os fatos à sua volta influencia a conduta mais do que a realidade da situação em si”.^{3:112}

Estudos revelam que a invasão do espaço territorial e pessoal dos clientes internados não é

uma suposição, é uma realidade que precisa ser mais estudada e enfrentada por todos os profissionais envolvidos nesse contexto.^{6, 8-10}

No Brasil, atualmente, os idosos têm constituído uma clientela cada vez mais presente nos hospitais, provavelmente em função do aumento da população da terceira idade, facilmente identificável na mudança da pirâmide populacional em nosso país. Essa parcela significativa do universo hospitalar necessita de uma assistência ampla e holística que envolva, desde as equipes multidisciplinares, tecnologia e recursos, até as instalações físicas e estruturais dos hospitais.¹¹

Mediante o exposto, investigar como os idosos se sentem em relação ao espaço pessoal e territorial durante sua hospitalização, representa uma contribuição na busca da qualidade de assistência tão desejada e esperada. A questão norteadora do estudo baseia-se em – Quais são as percepções que o idoso hospitalizado tem sobre o seu espaço pessoal e territorial? A referida investigação foi alicerçada nos estudos desenvolvidos sobre comunicação não-verbal³ e na Teoria Proxêmica⁵ que estuda o uso humano do espaço na comunicação.

Os objetivos, portanto, foram identificar as situações que caracterizam invasão do espaço territorial e pessoal, por idosos hospitalizados; e identificar as situações onde, apesar de haver invasão do espaço pessoal e territorial, o idoso possa considerá-las agradáveis.

MÉTODO

Estudo do tipo exploratório, descritivo, transversal e de campo, desenvolvido em um hospital geral público do interior paulista. A pesquisa foi realizada no período de junho a agosto de 2007 junto aos idosos internados nas unidades de clínica médica e/ou cirúrgica, seguindo os seguintes critérios de inclusão: - cliente com idade igual ou superior a 60 anos, internado por no mínimo 48 horas, período em que já tinha tido contacto com o ambiente e sido submetido ao atendimento da equipe de saúde; - cliente que foi capaz de responder adequadamente a Escala conhecida como Mini-Exame do Estado Mental de Folstein.¹²

Vale ressaltar que cada idoso só foi submetido ao estudo em uma única unidade de internação, isto é, independentemente de ter estado ou não em outra unidade de internação, em ocasião diferente.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis (Nº 59/2007) e a assinatura

do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta foi realizada mediante a aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de dados: questionário para caracterização do idoso e Escala de Medida do Sentimento Frente à Invasão do Espaço Territorial e Pessoal (EMS-FIETEP), validado no Brasil por Sawada.⁶⁻¹³ A referida escala é composta de situações, e cada situação pode assumir sete tipos diferentes de respostas/reações: totalmente desagradável, muito desagradável, pouco desagradável, igualmente agradável ou não, pouco agradável, muito agradável e totalmente agradável. A escala é subdividida em duas: a primeira, específica para avaliação do espaço territorial com 19 situações e a segunda, para avaliação do espaço pessoal com 14 situações.

Os dados foram analisados através de frequência e expostos em número e porcentagem

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Características dos idosos

Durante o período de coleta de dados obtiveram-se 30 idosos que se enquadraram nos critérios de seleção, sendo 66,7% do sexo masculino e 33,3% do feminino; divididos entre clientes clínicos (40%) e pré-cirúrgicos (60%); faixa etária entre 60 a 82 anos, sendo a média de 68 anos. A religião católica foi professada por 83,3% dos entrevistados, seguida pela evangélica com 10% e nenhuma por 6,7%. A média da Escala de Folstein¹² aplicada antes da entrevista foi de 24,2 pontos (18 e 28 foram os limites, inferior e superior). Quanto ao número de anos de estudo, 86,7% possuíam até 4 anos, 10,0% 5 anos e apenas 3,3% possuíam 12 anos ou mais de estudo. Em relação ao estado civil 60% eram casados, 23,3% viúvos, 10% divorciados e somente 6,7% solteiros. Quanto ao número e tipo de pessoas que residem com os idosos pesquisados, os dados revelaram que 16,7% residiam sozinhos. Segundo a escala de dependência de Waldow,¹⁴ a maioria era independente (90%), 6,7% dependentes de grau II e 3,3% de grau I. Quanto à experiência em internações no último ano, 60% relataram ter tido pelo menos uma.

Os idosos, quando questionados sobre o motivo que gerou sua internação, tiveram dificuldade de se expressar; os dados revelaram que 53,3% estavam desinformados do diagnóstico médico. A maior parte dos relatos se restringia à exposição de seus sintomas. Estudando-se a opinião de clientes internados em três clínicas de um hospital

universitário, verificaram que apesar de quase a totalidade dos clientes declarar-se satisfeita com a assistência recebida durante a visita médica, 20 a 30% não sabiam referir seu problema de saúde ou a terapêutica que deveria seguir.¹⁵

A maioria dos idosos soube identificar o médico responsável pela sua internação (73,3%). Esse resultado foi contrário à pesquisa realizada¹⁶ no ano 2004, com idosos também hospitalizados, onde se detectou que 70,4% dos idosos não reconheceram o médico, seja o nome ou alguma característica que pudesse ser considerada para o seu reconhecimento. Esse dado é importante se inferirmos até que ponto um indivíduo que sequer sabe o nome de quem está cuidando e seu próprio diagnóstico, poderia perceber ou mesmo se importar com as situações de invasão pessoal ou territorial. Por mais simples que possa parecer, saber o nome de quem é responsável por seus cuidados, dá ao cliente uma sensação de proximidade e segurança.¹⁷

Entretanto, não basta somente informar o nome ou a função do profissional. Existe hoje a necessidade de estabelecer um modelo de comunicação bidirecional, no qual o processo de comunicação vá além do direito à informação. Esse modelo exige mudança de atitude profissional, para que uma relação empática e participativa seja realmente construída com o cliente e, assim, ele saiba reconhecer não só quem são os profissionais, mas também quais são as suas responsabilidades e seus direitos.¹⁸

Invasão do espaço pessoal e territorial

O questionário sobre invasão do espaço pessoal e territorial foi aplicado, conforme referido na metodologia, após ter transcorrido no mínimo 48 horas de internação.

As situações consideradas mais desagradáveis indicadas pelos idosos referem-se ao desrespeito e a mudança do espaço físico expressa quando sem a permissão do idoso: o pessoal de enfermagem mexe na gaveta onde estão guardados seus pertences pessoais (73,4%) e quando a mesa de cabeceira é mudada de lugar numa posição que ele não consegue alcançar (56,7%). Baseados na Teoria Proxêmica⁵ pode-se afirmar que o controle do espaço territorial pelo cliente contribui para sua satisfação da necessidade de identidade e de segurança. É imperativo que os profissionais de enfermagem incentivem os clientes na delimitação de seu espaço territorial e que respeitem os pertences pessoais. Além disso, foi também mencionado pelos idosos o quanto é desagradável, enquanto

estão dormindo, o pessoal de enfermagem acender a luz do quarto para prestar cuidados ao cliente que está ao lado, interrompendo assim seu descanso e sono. O enfermeiro deve estar continuamente alerta para os fatores de invasão do espaço territorial.⁶ A equipe de enfermagem a fim de minimizar a invasão deve estar atenta ao manipular o ambiente, como por exemplo: verificando a intensidade e o direcionamento da luz no quarto e ainda, evitando provocar barulhos ao cuidar de outros clientes que estejam próximos.

As duas situações de invasão de espaço pessoal consideradas mais desagradáveis apontadas pelos idosos são aquelas quando “o pessoal de enfermagem realiza um procedimento técnico numa região mais íntima, sem colocar o biombo” (83,3%), e quando a “equipe de enfermagem troca sua roupa sem colocar o biombo” (76,7%). Quando o cliente é “invadido” sem necessidade, no caso, exposto desnecessariamente, ele pode interpretar que o pessoal está indiferente a seu conforto e dignidade, acarretando aborrecimento, inquietação e ansiedade. Verificou-se que os pacientes, muitas vezes, sentem-se humilhados ao necessitarem despir-se ou de serem higienizados na frente dos profissionais.¹⁹ Contudo, sabemos que as características peculiares do trabalho de enfermagem acaba por promover a invasão do espaço pessoal do cliente; porém, cabe ao profissional proporcionar privacidade e minimizar as reações adversas acarretadas por esta invasão.

Pode-se ressaltar aqui um dos principais fundamentos da ética do profissional de enfermagem que é a de respeitar a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, por meio do dever e responsabilidade de se “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano”.²⁰ No tocante a esse aspecto, autores²¹ recomendam que sendo o membro da equipe de enfermagem, o profissional em constante contacto com o cliente durante a hospitalização, é imprescindível circunstanciar sobre a conduta da enfermagem, no sentido de resguardar os direitos do paciente. Alertam que tanto a enfermagem como outros profissionais devem procurar preservar a intimidade e a privacidade dos pacientes usando biombos, cobrindo partes do corpo que não precisam ficar expostas durante um procedimento. Portanto, reconhecer o idoso como indivíduo, garantindo a ele a não exposição desnecessária de seu corpo, utilizando os recursos existentes, como o biombo, constitui uma ação ética.

Já as situações mais agradáveis referidas pelos idosos são quando “o elemento do pessoal de

enfermagem segura sua mão enquanto conversa sobre quais atividades irá desenvolver com ele, durante o dia” (86,6%); “ele está sentado na cadeira e um elemento do pessoal de enfermagem aproxima-se e coloca a mão sobre seu ombro enquanto conversam” (76,7%); e quando “a equipe médica segura as suas mãos enquanto ele fala de algum problema” (76,7%). O tato é o meio de comunicação mais reconhecido nos relacionamentos íntimos, e são muitos os estudos que demonstram sua eficácia na terapêutica com os clientes.⁴⁻⁵ Fica claro neste estudo o quanto a tacêsica é valorizada pelo idoso e o quanto pode ser mais estudada e aplicada no cotidiano da comunicação em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo verificou-se que as reações de desgosto dos idosos hospitalizados frente às situações que caracterizam invasão do espaço territorial, foram às vinculadas ao desrespeito e a mudança sem consulta/permissão do seu espaço físico, do seu território. Já as situações desagradáveis apontadas pelos idosos referentes à invasão de seu espaço pessoal, foram àquelas ligadas à exposição de partes íntimas durante a realização dos procedimentos.

Comparando os dados obtidos nas duas sub-escalas do instrumento validado no Brasil⁶⁻¹³ pode-se verificar que a maioria dos clientes se importou mais com a invasão territorial do que com a invasão pessoal. Uma das justificativas desse resultado é dada pelo fato de o indivíduo hospitalizado já possuir consciência antecipada da necessidade de aproximação física requerida nos momentos de cuidados pela equipe de enfermagem.⁹⁻¹¹ Segundo as autoras isso faz com que os idosos apresentem maior grau de aceite (tolerância) quando são invadidos no seu espaço pessoal.

As situações agradáveis relatadas pelos idosos, apesar de haver a invasão do espaço pessoal, são as que ocorrem o toque afetivo em membros superiores, às vezes isoladamente, às vezes aliado a atividade de orientação profissional.

REFERÊNCIAS

- 1 Stefanelli MC, Carvalho EM, Arantes EC. Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo (SP): Manole; 2005. p.1-8.
- 2 Carvalho EC, Bachion MM. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A

- comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo (SP): Manole; 2005. p.9-27.
- 3 Silva MJP. Comunicação tem remédio. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
 - 4 Silva MJP. O aprendizado da linguagem não-verbal e o cuidar. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. São Paulo (SP): Manole; 2005. p.47-61.
 - 5 Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa (PT): Relógio D'Água; 1986.
 - 6 Sawada NO. O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 1995.
 - 7 Allekian CI. Intrusions of territory and personal space: an anxiety-inducing factor for hospitalized persons: an exploratory study. *Nurs. Res.* 1973; 22(3):236-41.
 - 8 Carvalho DV. Necessidade territorial do paciente hospitalizado [tese]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 1987.
 - 9 Sommer R. Espaço pessoal. São Paulo (SP): EPU; 1973.
 - 10 Barron A. The right to personal space. *Nurs. Times.* 1990 Jul; 86 (27): 28-32.
 - 11 Mazo GZ, Benedetti TB, Vasconcelos EMR, Portella M, Silva TMS, Gonçalves LHT. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. *Texto Contexto Enferm.* 2003 Jul-Set; 12 (3): 361-9.
 - 12 Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res.* 1975 Nov; 12 (3): 189-98.
 - 13 Sawada NO, Galvão MC, Mendes IAC. Invasion of the personal territory and space of the hospitalized patient: adaptation of an instrument of measure to Brazilian culture. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 1998 Jan; 6(1):5-10.
 - 14 Waldow VR. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre. *Rev. Gaúcha Enferm.* 1987 Jan; 8 (1): 46-73.
 - 15 Rocha JSY, Simões BJG, Ortiz PC, Freitas PHM, Matos MPSA, Silva MSP. Avaliação da assistência médica baseada na opinião dos pacientes. *Medicina.* 1986 Fev; 19 (2): 89-98.
 - 16 Prochet TC. A busca da assistência humanizada: a percepção do idoso hospitalizado [dissertação]. Botucatu (SP): UNESP/Faculdade de Medicina de Botucatu; 2004.
 - 17 Godoi AF. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. São Paulo (SP): Ícone; 2004.
 - 18 Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública.* 1999 Jul-Set; 15 (3): 647-54.
 - 19 Waldow V. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. *Rev. Nursing.* 2001 Fev; 33 (4): 18-24.
 - 20 Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução No 311, de 08 de fevereiro de 2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. São Paulo: Demais Editora; 2007.
 - 21 Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 2002 Mai-Jun; 10 (3): 433-8.