

Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil

Feelings, emotions and meaning in patients staying in public hospitals in north-eastern Brazil

Annatália Meneses-Gomes de Amorim¹, Marilyn Kay-Nations² y
Maria Socorro-Costa³

1 Coordinación de Gestión de Trabajo y Educación para la Salud del Departamento de Salud del Estado de Ceará. Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Fortaleza, Brasil. annataliagomes@secrel.com.br

2 Universidad de Fortaleza, Brasil. Marilyn_Nations@hms.harvard.edu

3 Universidad Federal de Rio Grande do Norte (UFRN). Nueva Laguna-Natal, Brasil. alfa@ufrnet.br

Recibido 24 Marzo 2009/Enviado para Modificación 10 Septiembre 2009/Aceptado 17 Septiembre 2009

RESUMEN

Objetivo Conocer los sentimientos, significados y la resiliencia en pacientes de hospitales públicos en el nordeste de Brasil.

Método Entre enero y julio de 2005 se realizó en Fortaleza, Ceará, Brasil, una investigación etnográfica con 13 pacientes adultos, en un hospital público general, utilizando métodos cualitativos. La observación libre, abierta y exhaustiva, por medio de entrevista etnográfica, se combinó con la descripción de los momentos vividos y las observaciones del participante. Los datos fueron organizados mediante Análisis Categórico Temático e interpretados sobre la base de criterios de humanización, Psicología y Antropología médica.

Resultados Los sentimientos percibidos por los pacientes son múltiples, tanto negativos como positivos, en la experiencia de hospitalización. Los significados de hospital fueron: peligro, cárcel, sufrimiento y aprendizaje. Para hacer frente a las adversidades utilizan estrategias de resiliencia, lazos de solidaridad entre los pacientes, amigos y miembros de la familia, actitudes, pensamientos y características personales, y la fe religiosa.

Conclusiones Las conclusiones nos animan a dar los pasos hacia una práctica profesional que facilite la coexistencia armoniosa en el entorno hospitalario y a realizar estudios que incrementen la resiliencia de los pacientes.

Palabras Clave: Emociones, humanización de la atención, antropología cultural (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Understanding feelings, meaning and resilience in patients staying in public hospitals in north-eastern Brazil.

Methods An ethnographic investigation was carried out in Fortaleza, Ceará, Brazil, between January and July 2005 which involved 13 adult patients staying in a general public hospital, using qualitative methods. Free, open and exhaustive observation (by means of ethnographic interviews) was combined with the participants' description of vivid moments in their lives and their observations. The data was organised by thematic categorical analysis and humanisation, psychology and medical anthropology criteria were used for interpreting it.

Results Multiple feelings were perceived by the patients (both negative and positive ones) regarding their experience of being hospitalised. The meaning of hospital for them covered danger, prison, suffering and learning. They used resilience strategies, ties of solidarity between patients, friends and family members, attitudes, thoughts and personal characteristics and religious faith for confronting their adversities.

Conclusions The results encouraged us to continue taking steps towards professional practice facilitating harmonious coexistence in the hospital setting and carrying out further studies aimed at increasing patients' resilience.

Key Words: Emotions, humanised attention, cultural anthropology (*source: MeSH, NLM*).

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal y colectiva por parte del paciente, de acuerdo a sus referencias culturales, valores y experiencias. Desde sus orígenes, el hospital alberga pacientes excluidos de la sociedad, caracterizándose a partir del siglo XIX y posteriores como una infraestructura que atiende a los pacientes, forma a los profesionales y organiza de forma sistemática la atención (1).

En el Brasil, a pesar de la reorientación del modelo de atención hacia una atención descentralizada, con la aplicación del Programa de Salud de la Familia-PSF y Programa de Agentes Comunitarios de Salud-PACS en el decenio de 1990, sigue permaneciendo una cultura centrada en el hospital. Sigue siendo un modelo "tecnoasistencial" lo que contribuye a la insatisfacción y a la frecuente pérdida de confianza por parte de los pacientes (2). Estudios en diferentes realidades incluyen las percepciones sobre el internamiento y el comportamiento de los pacientes en hospitales en una Unidad de Cuidados Intensivos (3), Hospital de Cáncer (4) y Hospital Psiquiátrico (5).

El paciente, al ser admitido en el hospital es vulnerable, y trae consigo la historia de su enfermedad, una forma propia de sentirla, orientada a comprender la experiencia vivida. Los pensamientos y sentimientos orientan su comportamiento (6). Por lo tanto, la comprensión de los sentimientos es comprender la reacción humana a lo que le rodea (7). En la práctica de la salud, hay un reconocimiento de la falta de profesionales para hacer frente a esta dimensión subjetiva y la falta de una atención humana y decisiva (8).

La voz del paciente no siempre es tenida en cuenta. Aunque en el Sistema Único de Salud (SUS) promueva el principio de la participación popular y que los movimientos sociales que han marcado los años 1960/70 hayan promovido una toma de conciencia de los derechos democráticos, son muy pocos los estudios que tratan de conocer los significados, es decir, las dimensiones invisibles de la cultura, que el paciente tiene en su hospitalización. La cultura es una realidad oculta y es el tejido de la existencia humana (9), de modo que los comportamientos están mediatizados por la cultura.

Frente a lo anterior, nos preguntamos por la forma en que el paciente se comporta en el manejo de mecanismos institucionalizados de control. ¿Cuáles son las formulas de reacción y superación que adopta sin perder su dignidad? El ser humano "en las más profundas situaciones de la opresión, los sueños y deseos palpitan incesantemente, empujándolo a una tenaz y persistente búsqueda de la superación" (6). Esto también puede ser llamada resiliencia, que se define como un fenómeno en el que se superan el estrés y las adversidad vitales, y no sólo constituye una característica individual (10), pues involucra combinaciones de procesos sociales, ambientales y psicológicos (11).

En el hospital, por lo tanto, es esencial conocer el universo cultural del paciente, aproximarse a su mundo moral (12), lo que permite una mayor comprensión por parte de los profesionales y gestores.

Este trabajo se ocupa de los sentimientos, sentidos, significados percibidos y la capacidad de resiliencia de los pacientes hospitalizados en el sistema de salud público.

MÉTODOS

Investigación etnográfica con el fin de captar y explicar la "malla de significados" de los pacientes con su experiencia de hospitalización y descubrir los significados asociados e interpretados por ellos (13). Datos recolectados de enero a julio de 2005 en un hospital general público en Fortaleza, Ceará, en el nordeste de Brasil. Es un complejo hospitalario con 276 camas, de alta complejidad quirúrgica y clínica, y en maternidad y cuidado de niños, preferentemente con pacientes del SUS.

De los 13 pacientes seleccionados, 4 son hombres y 9 mujeres, entre 16 y 93 años, ocho están casados, tres solteros y dos separados. La mayoría de los participantes reside en las afueras de Fortaleza (84,6 %), mientras que el 15,4 %

en otros distritos del Estado. Casi la mitad (46,3 %) es analfabeta o no concluyó el primer grado, el 7,7 % terminó el primer grado y el 46,1 % están estudiando o ha terminado el segundo grado. La mayoría (53,8 %) son económicamente pasivos. Más de dos tercios (77 %) han sido internados por primera vez y el 23 % de dos a cinco veces.

El estudio de una biopsia uterina en la clínica ginecológica duró el corto tiempo de 7 horas. Los recorridos que duraron menos de siete días fueron un parto normal (dos días), una cirugía estética vaginal (tres días), la eliminación de un nódulo en un dedo del pie (tres días), una cirugía de tiroides (cinco días) y una preeclampsia (cinco días). Además fue estudiado un paciente con dolor de huesos del Departamento de Reumatología (10 días), un parto de alto riesgo, con la mujer embarazada en casa (12 días) y una cirugía bariátrica (14 días). Durante más de un mes se hicieron seguimientos de un paciente con leishmaniasis cutánea (30 días), un nacimiento prematuro en el Proyecto Madre Canguro (39 días) y una biopsia de pulmón (45 días). Una histerectomía fue acompañada durante dos meses.

Para situar a los pacientes en su universo de significados se ha creado una mezcla ecléctica de técnicas, llamada "El camino del paciente - *The Patient's Pathway*" (14). Durante los tres primeros meses se utiliza la libre observación, registrada en el diario de campo. Posteriormente, se profundiza en el estudio etnográfico siguiendo el discurrir de 13 pacientes, desde su llegada al alta, que varía entre siete horas y 60 días. La selección de los informantes se basó en los criterios: 1) identificación a la llegada, 2) elección del primero en la fila de atención; 3) la inclusión de al menos uno de cada servicio (Clínica médico-quirúrgica, Gineco-obstétrica, Neonatología y Emergencias), 4) toma de casos diversificada. Se excluyeron los pacientes con trastornos mentales y menores de 16 años.

Se consolidaron las entrevistas etnográficas (15) con las descripciones (16) de los momentos vividos y las observaciones del participante y con las anotaciones del diario. Se produjeron de forma flexible, con situaciones que favorecían el uso de una técnica u otra. Fueron dirigidas, pero no limitadas mediante el uso de preguntas: ¿Dígame cómo es su estancia en el hospital?; describa su proceso de admisión; describa un acontecimiento que le hizo sentirse mejor/peor en el hospital; recordando desde la llegada al hospital, dígame cómo podría hacer su vida más humana; ¿tiene algo más que decir acerca de su paso por el hospital? Las entrevistas y narraciones fueron grabadas y transcritas. Los discursos pronunciados en el texto se archivaron con nombre ficticio, con el fin de proteger la identidad de los participantes.

Los datos fueron organizados de acuerdo con la técnica de análisis categórica y de contenido (17). El preanálisis consistió en reiteradas lecturas de las transcripciones, emergiendo 225 descripciones distintas. Sobre la base de estos elementos se realizó las clasificaciones en categorías y la convergencia de los testimonios. Esta interpretación fue aproximada a los referentes de Humanización (18), Psicología (7, 19) y Antropología Médica (12).

La confidencialidad y el anonimato de los informantes se garantizaron de conformidad con la Resolución 196/96 (20). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital General de Fortaleza, en el expediente 111106-04.

RESULTADOS

Sentimientos experimentados

Se pusieron de manifiesto una multitud de sentimientos, que dependen de factores internos y externos. Los sentimientos son negativos - que "interfieren en el placer, consumen energía y nos dejan agotados, con sensación de truncamiento, soledad y vacío" y causan dolor emocional, y los positivos - "son alegres, proporcionan sensación de renovación y creación" (7). Los negativos prevalecieron: "abandonado", "miedo", "ira", "humillados", incluso "deprimido", pero son equilibrados con sentimientos positivos: "acogido", "a gusto", "relajado", "calma", "feliz", incluyendo "maravillado" por la atención recibida (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de sentimientos experimentados por el paciente*

Negativos	Positivos
Dolor y pérdida: engañado, decepcionado, solitario, abandonado.	Acogido
Ansiedad: temor, preocupación, ansiedad, angustia, tensión, aflicción.	Cómodo
Ira: rabia irritado, indignación, desacuerdo, aburrido.	Relajado
Culpabilidad: vergüenza, discriminado, humillado, rechazado pequeño, desprecio.	Tranquilo Feliz
Depresión: imposibilitado, obligado, amarrado.	Maravillado

*Organizados de acuerdo a Viscott (7)

El paciente reconoce que en el contexto de la hospitalización, "¡La enfermera sólo pone la medicación y listo, ni se preocupa por mí!", están "sensibles y nerviosos" por la contingencia de su problema de salud, agravada por las condiciones externas de "abandono, desatención y malos tratos", que contribuyen al aumento del estrés. Entrevistada después de un parto con preeclampsia, Amelia, 25 años, sin acompañante, se sintió "abandonada" y "resentida": "¡La enfermera sólo pone la medicación y listo, ni se preocupa por mí!". Un joven de 23 años, paciente del Departamento de Reumatología, está "angustiado" porque no entiende el idioma del médico: "¡El médico sólo receta, no explica lo que tengo... y sufro ansiedad!" El

sentimiento de minusvaloración es común entre los pacientes, sintiéndose "un don nadie", "bien pequeños". Matías, 42 años con un tratamiento para la obesidad, se siente "discriminado y se desahoga: "si fuese persona con dinero y delgado sería diferente".

Una paciente de 50 años, en el lado positivo, se siente "relajada" con la atención del médico durante el procedimiento de biopsia uterina: "Puedo decir que no sentí nada, y fue la conversación!" Otra se sintió feliz en un pabellón en buenas condiciones: "Le dije a mi madre que estaba en una sala VIP!" (Evíta, 22 años). Establecer una relación de afecto ayuda a que el paciente se sienta bien en el hospital: "con amor y afecto, el estado de ánimo crece" (Mano, 93 años).

Hospital en el imaginario del paciente

En función de su cultura y su experiencia, el paciente muestra distintas percepciones del hospital: amenazador, peligro, prisión, sufrimiento y aprendizaje. Silvia, en emergencia obstétrica, del interior del Estado, con motivo de la demora y mal servicio, proclama: "Yo tenía mucho miedo de que el bebé muriera sin ser atendido". Un participante mantiene su propia sábana en la cama para no entrar en contacto con pertenencias de los demás, por temor al contagio. El paciente se siente "preso" como en una cárcel: "Gracias a Dios voy a salir de la cárcel en la que estaba, te sientes atrapado, ¿no?" (Juan, 43 años). Esta metáfora simbólica aparece en la ropa de rayas, los números y las rejas de hierro, similares al ambiente carcelario. El paciente siente, incluso, el hospital como un lugar de sufrimiento: "en todo hospital la gente sufre". Por último, puede ser un espacio para el aprendizaje de forma que "cada día es una nueva lección" (Paulo, 23 años).

La hospitalización es, por lo tanto, evitada: "Pedimos a Dios que no tener que ir", y el servicio se solicita sólo en situaciones extremas; con la esperanza de "nunca estar en esa situación" (Mano, 93 años). Los pacientes manifiestan la intención de "salir inmediatamente", comparando el hospital con la convivencia en su casa, referida como un lugar de bienestar (Tabla 2):

Estás acogido aquí, pero con diferentes personas. Es una casa a la que le arrojan y en la que, básicamente, tienes que buscarte el estar bien con ellos [LOS profesionales] (Miriam, 21 años, Casa de la Gestante).

La resiliencia ante las adversidades de la hospitalización

El paciente tiene al menos tres estrategias para superar los problemas en el hospital: los lazos de solidaridad entre los pacientes, amigos y miembros de la familia, las actitudes, pensamientos y características personales, y la fe religiosa.

Para abordar el contexto de la soledad, el paciente crea vínculos solidarios entre ellos y con miembros habituales del cuerpo de enfermería, apoyándose mutuamente: "Hemos compartido los sufrimientos, una ayuda a la otra" (Miriam, 21 años). El intercambio de historias de vida, inquietudes, el intercambio de afecto, confidencias, y formulas populares la curación se produjo en las ruedas de conversación. Un paciente de 65 años, a pesar de la silla de ruedas y de tener una parte del cuerpo paralizada, sonríe y hablar efusivamente a recordar las hazañas con un viejo amigo que se encontró en la clínica.

Tabla 2. Relación de las descripciones sobre casa comparada a hospital

Casa	Hospital
"Libertad", "confort", "añoranza", "apoyo", "dedicación", "toda la atención", "diversión en el fin de semana", "actividad", "trabajo", "nada mejor que tu casa"	"Aislamiento", "cárcel", "agonía", "parado" "deprimido", "sin ningún tipo de apoyo", "abandono", "aburrido", "ansiedad", "aprendizaje", "medio", nervioso", "extrañamiento"

Por la noche las personas se aglutinaban en las salas para ver la televisión o hablar en círculos, visitándose uno a otros, creando lazos de convivencia (Diario de campo). El Sr Expedito, 64 años, con metástasis generalizadas, presentó a los investigadores su diario en el hospital, donde se registran los nombres de los médicos, todos los eventos relacionados con él, su progreso, hasta sus sueños (Diario de campo). "Las visitas y llamadas telefónicas de amigos y familiares le proporcionaban aliento: "Tenga paciencia, poco a poco llegará!" (Silvia, 30 años, en el Proyecto Madre Canguro). En esta convivencia, además del bienestar, otras experiencias afectan al paciente de forma desfavorable. Ana, adolescente embarazada en el momento del parto, en la cama obstétrica, se siente "insegura y con miedo". Estos son algunos ejemplos que constituyen el contexto de la hospitalización, formando un amplio y diverso conjunto de experiencias colectivas.

A pesar de la importancia de la red social para la recuperación del paciente, se controla el acceso al hospital a la familia y, en algunos momentos, está prohibido entrar, incluso en casos especificados por ley. El acompañante que ofrece alivio y nos ayuda a la atención médica no tiene espacio, alojamiento adecuado, es poco valorado, lo que le hace sentirse "humillado" y "despreciado". Edna, que acompaña a su madre por primera vez en el hospital nos cuenta su "dolor e indignación": "la enfermera dijo mi madre estaba abandonada... que nadie la miraba

siquiera [llorando]... otra vez me preguntó durante el cambio de sábanas: ¿Usted no tiene fuerza? Continúa: "Yo ya estaba muy machacada... ... debería haberme enseñado, y no haber criticado" (Diario de campo).

Diferentes actitudes, pensamientos y características personales se afloran ante la adversidad y el sufrimiento en el hospital, equilibrados por rasgos culturales. Sr Mano, 93 años, utiliza su paciencia, "es así mismo, si queremos tener salud... tenemos que soportar lo que venga". Una gestante de alto riesgo después de peregrinar para conseguir atención, espera de su turno en una camilla en el pasillo y, a continuación, dentro de un cuarto de baño, conformándose: "Nunca me atrevería a montar un escándalo...le ocurre a todo el mundo... es parte de la vida". Otra persiste a fuerza de voluntad "porque si un médico no quiere atenderme, otro me atenderá". Claudio, 76 años, se indigna, y protesta contra la corrupción en la administración pública: "la mitad del dinero va al bolsillo del administrador". El discurso irónico y el sentido del humor son empleados, que por su ambigüedad te libera de represalias. El Sr Mano, después de sucesivas extracciones de sangre sin entender el motivo, satiriza: "cuanto más retiren, mas se cría [risas]... No sé si es para dar a alguien que esté más débil [risas]". También hay protestas que se hacen abiertamente: critican los asistentes al "Call center"; registran quejas en la Auditoría y amenazan con llamar a un programa popular la televisión. Paulo, 23 años, huye de la situación, despegándose del momento presente "paso horas pensando en mi hogar y en mi niña, soñando con el momento de ir a casa". Los participantes se comparan con otros en peor situación o se identifican con alguien abandonando el hospital: "Es una felicidad verla salir..."

En el punto de vista del paciente hospitalizado, la fe en Dios es esencial para ayudar a superar las desgracias. Los participantes relataron buscar en la fe el alivio para un momento de incertidumbre: "Dios me ha ayudado a soportar y a mejorar más, no me siento tan solo" (Paulo, 23 años). Se intercambian oraciones entre los acompañantes dedicando oraciones a la misericordia a Dios por la "la cama dura y caliente " ante el abandono de la infraestructura.

DISCUSIÓN

A la exclusión y la pobreza características del contexto de desigualdad social (21) en el que se encuentra el paciente nordestino, y a la dificultad de acceso a los servicios de salud deben añadirse las situaciones de riesgo y la vulnerabilidad que se derivan de su enfermedad. En el hospital, frente a las adversidades, desarrolla estrategias benéficas y actúa sobre el ambiente (22) para sobrevivir en situaciones amenazadoras y no sucumbir a ellas (24).

Comparadas con las imágenes de gente amigable, las situaciones de abandono y discriminación sufridas, en la medida que son exclusivas, lesionan la dignidad moral del paciente, desvalorizándole en su propia percepción axiológica, llegándose a llamar "un don nadie". La exclusión anula las posibilidades de identificación, porque las personas designadas como excluidas asumen una posición fuera del sistema social, los excluidos son dominados o explotados, o peor aún, son ignorados (25).

Esta situación de violencia institucional y simbólica (26) es vista como una paradoja: no se trata de un entorno favorable para el bienestar, mientras que el estado de la vulnerabilidad y la expectativa de vuelta al equilibrio requieren un alivio. El desafío que se presenta es conocer los factores que contribuyen para que el hospital de valor al ser humano.

Los sentimientos revelados por los pacientes en contexto hospitalario de este estudio, predominantemente negativos, marcados por el resentimiento, la desatención, la discriminación, el abandono, entre otros, contribuyen a una devaluación personal e interfieren en la forma en la que perciben y evalúan los servicios. Las emociones y otros estados están profundamente relacionados entre valores; modulando las apreciaciones personales, las acciones y prácticas, y presentándose en las evaluaciones morales (27). Se observó en el estudio que los pacientes valoran los actos del profesional por sí mismos, es "atento" o "no le importo", y no sólo por su capacidad técnica.

Por lo tanto, debemos considerar en qué medida las acciones profesionales posibilitan la reinención de la vida en el medio hospitalario (28). Las emociones positivas sirven como un factor de protección en los contextos de riesgo, promoviendo resultados saludables y contribuyendo así al aumento de la resiliencia (19).

La experiencia vivida por el paciente en el hospital es polisémica, importa una multitud de significados (26). Cada persona posee una dimensión oculta conformada con los significados de la cultura a la que pertenece y da sentido a las personas que viven con el soporte de esas referencias. Los significados atribuidos al hospital, por lo tanto, son componentes de la realidad social producida, interactuando con diferentes variables personales e influyendo en las acciones de las personas en esta circunstancia particular. El paciente nordestino, al comparar el hospital a su casa, proporciona una guía sobre cómo debería ser el medio hospitalario.

Las características culturales de una mayor proximidad con la gente, especialmente en momentos de necesidad, en lugar de desapego, llevan al paciente a "extrañar" el desconocido mundo del hospital, con sus rituales de impersonalidad y de despersonalización (29). En la comparación de Miriam entre el hospital y su hogar, pasa por alto a las personas en el hospital, a diferencia de la intimidad de su familia. El nombre de "Casa de la Embarazada" se utiliza para describir una realidad, pero para el paciente, es la expresión de disociada del sentido de pertenencia a la familia, porque el ambiente hospitalario no favorece la creación de vínculos.

El paciente reconoce el hospital como una prisión, un lugar "amenazador", y también como un espacio de "aprendizaje", demostrando separar el dolor de sentidos importantes que valorizan su vida, "una nueva lección". Asume, por tanto, la actitud de proteger su integridad, y, al mismo tiempo, realiza un conductivismo vital positivo, a pesar de la fuerza de la masificación que se le impone y las condiciones desfavorables (10).

En algunos casos, el paciente toma una actitud de justificación de lo que se le somete, parece ser una auto-anulación, y de hecho es la estrategia para hacer tolerable su estancia en el hospital.

Un estudio reciente puso de manifiesto el desconocimiento de los derechos y deberes por los pacientes, y la actitud conformista en contener las reacciones de los profesionales, por temor a represalias (30). Se corrobora el argumento de Moore (31) al asegurar que la información favorece la identificación de la opresión y la injusticia, la desmitificación de esta como inevitable y natural, sirviendo como apoyo para discernir las formas de dominación existentes y aumentar la capacidad de resiliencia. Apoya la idea de que el trabajo hacia una mayor dignidad en la salud pasa a través de la educación de la ciudadanía, beneficiando el control social del sistema de salud (32).

En otras ocasiones, el paciente recrimina a los políticos, ironiza entre líneas con un discurso crítico que no pueden expresar abiertamente, o se utiliza el humor que "relativiza todo y se ríe de todo, lo que demuestra que no están definitivamente acorralados" (6). El humor puede transformar el trauma infligido en un nuevo sentimiento positivo por sí mismo (33).

Se expresa por oportuno, el argumento de que, en los hospitales, el paciente desarrolla mecanismos psicológicos y sociales que permiten hacer frente a los ataques a la dignidad humana de manera positiva, ayudándoles a interpretar y

redefinir la percepción de la realidad, rompiendo con la idea de que la persona estaría atrapada en un ciclo sin fin. Por lo tanto, dentro de sí mismo y en su mundo social, encontraría el refugio de la hospitalización.

Los participantes informaron en sus descripciones en la existencia de tres factores de protección que actúan contra las adversidades de la hospitalización: atributos individuales, redes de apoyo social y familiar, y "la fe en Dios", dando al paciente una hospitalización más adecuada (19).

En Brasil, la Política Nacional de Humanización (8) reconoce la importancia de esta red de apoyo social para el bienestar de los pacientes. Por lo tanto, busca el fomento, a través de dispositivos que desarrolla - como la visita abierta, el código de los derechos de los pacientes, la clínica ampliada, que integra al paciente y a su familia natural en el proyecto terapéutico - el fortalecimiento de las redes sociales, la ciudadanía y los vínculos.

Las tres estrategias para superar el estrés hospitalario, citadas anteriormente, muestran las posibilidades para la promoción de la resiliencia en la perspectiva de una "hospitalización saludable". Se entiende que se trata de una transformación del abandono hacia la pertenencia, de un medio ambiente de tensión a uno de mayor comodidad y apoyo, de la exclusión hacia una mayor justicia social y equidad. Se corrobora, por lo tanto, el argumento de que "mejorar la resiliencia no sustituye los medios de la lucha política contra la pobreza y la desigualdad social" (24).

El hospital en general, genera sentimientos de exclusión frente a los que el paciente toma una serie de estrategias para enfrentarse al orden establecido. Es fundamental el conocimiento de estas condiciones en cada situación, valorarlas e integrarlas en la práctica asistencial con el fin de ofrecer una atención hospitalaria que respete la dignidad, posibilite el "apoderamiento" y la promoción de la vida.

Esto requiere invertir en un proceso de educación del público en general y los profesionales que promueva el acceso a la información y a la emancipación, ayudado por una toma de conciencia de los derechos de los ciudadanos y el reconocimiento de las determinaciones sociales de salud (34). Además, el desarrollo de las habilidades de los profesionales, en particular, la humanidad, con el fin de garantizar la ética en relación con el paciente.

Se recomienda que los nuevos estudios en el campo de las ciencias sociales y humanas profundicen en la comprensión de los procesos que dificultan las expresiones de resiliencia, a fin de contribuir en la orientación de las políticas y

las prácticas asistenciales que favorezcan la vida saludable del paciente en el hospital, al mismo tiempo que consideran el contexto macrosocial ♦

REFERENCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.
2. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 549-560.
3. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. *Med Intensiva* 2007; 31(6): 318-25.
4. Liu JE, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *J Adv Nurs* 2005; 3: 262-70.
5. Svindseth MF, Dahl AA, Hatling T. Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(1): 47-53.
6. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Viscott D. A linguagem dos sentimentos. São Paulo: Summus; 1982.
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio D'Água; 1986.
10. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* 1999; 21:119-144.
11. Polleto M, Koller SH. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: Dell'Áglio DD, Koller SH, Yunes MAM, organizadores. Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
12. Kleinman A. What really matters: living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger. Oxford: Oxford University Press; 2006.
13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Koogan; 1989.
14. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no SUS no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(9): 2103-2112.
15. Spradley JP. The ethnographic interview. Orlando: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão política das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 561-571.
18. Dell'Áglio DD, Koller SH, Yunes MAM, organizadores. Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
19. Aguiar CM, Varandas ET, Asfóra KK, Santos MCMS, Bezerra SRS, Pinheiro TJ. Pesquisa em seres humanos: normalização para apresentação de protocolos. Recife: UPE; 1998.
20. Bernal C. Cidade extrapola seus limites [Internet]. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/noticias/no_olhar_15406.pdf. Consultado: Outubro de 2006.
21. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1): 227-235.
22. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
23. Stocker M, Hegeman E. O valor das emoções. São Paulo: Palas Athena; 2002.
24. Helman CG. Cultura, saúde & doença. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
25. Veloso RC, Spindola T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. *Rev. Enf da UERJ* 2005; 13(1): 38-43.
26. Delgado-Gallego ME, Vazquez-Navarrete ML. Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de las políticas de participación en salud en Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2006; 8(3):150-167.
27. Hernández M. Determinantes Sociales de la Salud y equidad. *Rev. Salud Pública (Bogotá)* 2008; 10(1): 0-0.