

La producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización en la salud: singularidad, derecho y ética¹

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva²

Denize Cristina de Oliveira³

Eliane Ramos Pereira⁴

Objetivo: describir la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización de la salud. Método: estudio cualitativo, de carácter descriptivo, inspirado en la Teoría de las Representaciones Sociales, con participación de 24 profesionales del campo de la salud, en actuación en hospital universitario con la política de humanización implantada. La selección de los participantes fue hecha siguiendo los criterios de adecuación y diversidad de un muestreo intencional. La recolección de datos fue realizada a través de entrevistas semiestructuradas. Resultados: a través del análisis de contenido, fueron obtenidas tres categorías, en torno de las cuales fueron desarrollados los análisis: "humanización de la salud como acto de acoger al otro como único", "humanización de la salud como cuestión de derecho" y "humanización de la salud como una cuestión ética". Se comprendió que la producción discursiva de los profesionales se basa solamente en una perspectiva humanista con sesgo social histórico. Conclusión: se considera indispensable que los profesionales del campo de la salud conozcan la Política Nacional de Humanización, con la finalidad de que proporcionen asistencia de calidad, promoviendo, así, el encuentro, el acogimiento y el reconocimiento de sí mismo, del otro y de su profesión, en el escenario político y social histórico de su país, en su calidad ciudadano no solamente con derechos, pero también con deberes.

Descriptores: Enfermería; Ética; Salud; Investigación Cualitativa.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "La construcción simbólica de Profesionales de la Salud de Humanización: Un estudio en el campo de las Representaciones Sociales", presentada al Instituto de Psicología Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Instituto de Psicología Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Profesor Asociado, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Correspondencia:

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Rua Dr. Celestino, 74
Centro
CEP: 24020-091, Niterói, RJ, Brasil
E-mail: roserosauff@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Delante de los avances que hoy se viven en una sociedad altamente tecnológica, globalizada, informatizada y marcada por avances científicos sin precedentes, parece una verdadera anomalía tratar del tema de la humanización de la salud. Entretanto, la cuestión es relevante en las diversas discusiones sobre la problemática de la salud y, sobre todo, de las directrices gubernamentales relacionadas al tema, en cuanto apuesta ético-política del Estado⁽¹⁾. Además de eso, la nanotecnología se hace presente más y más en diversas frentes de actuación de la salud, sin contar con los avances en el campo de la neurociencia que se vale de un proceso lógico deductivo, sobre todo al matematizarse, que atiende perfectamente a los tres grandes presupuestos del conocimiento científico, esto es, el determinismo universal, el naturalismo y el racionalismo⁽²⁾. A pesar de toda esa tecnología vigente y de los avances que la ciencia a cada día es capaz de llegar, nos encontramos con la necesidad de contar con una política gubernamental que incite a la humanización para un cuidado humanizado, realizado por el hombre y para el hombre.

Con efecto, el corolario de la relación con ese tipo de conocimiento, altamente tecnicista, todavía radica en la cuestión de la propia deshumanización, inclusive con las transformaciones que a cada día ocurren en los diversos campos del conocimiento. Así, las transformaciones biopsicosociales y económico culturales desafían a las personas a adoptar una visión sistémica y a los profesionales del "alma humana" a una abertura para el aprendizaje de unos en pro de los otros⁽³⁾. En nuestra sociedad se ha reforzado el fenómeno psicosocial de la globalización y, con él, advienen también las prácticas globalizadas. En ese sentido, la proliferación de los medios de comunicación de masa y el impacto de prácticas globalizadas en ámbitos locales, intensifican los embates entre formas diferentes de saber y levantan cuestiones sobre cómo las comunidades locales se apropian y dan sentido a los conocimientos que llegan de lugares dominantes y que forman interrelaciones sujeto-otro-mundo⁽⁴⁾. La cuestión de la humanización y de la calidad de los servicios comenzó a aparecer a partir de la XI Conferencia Nacional de la Salud, titulada Haciendo Efectivo al SUS: Acceso, Calidad y Humanización en la Atención a la Salud con Control Social, realizada en el año 2000⁽⁵⁾. La Política de Humanización de la Atención y de la Administración (PNH) es una iniciativa innovadora en el SUS. Creada en 2003, la PNH tiene por objetivo

calificar prácticas de administración y de atención de la salud. Sin duda, se trata de una tarea desafiadora, una vez que en la perspectiva de la humanización, eso corresponde a la producción de: nuevas actitudes por parte de trabajadores, administradores y usuarios y nuevas éticas en el campo del trabajo, incluyendo en ellas el campo de la administración y de las prácticas de la salud, superando problemas y desafíos de lo cotidiano del trabajo⁽⁶⁾.

Con efecto, la humanización de la salud se refiere: al acogimiento, progresión de la comprensión del acogimiento y del enfoque humanístico para la calificación de los procesos de atención de la demanda de los usuarios⁽⁷⁾, y a la necesidad de participación de la población en el desarrollo, realización y evaluación de los programas de salud, de forma a alcanzar coherencia entre las expectativas del usuario y los propósitos del programa⁽⁸⁾.

Así, la actualidad presenta desafíos tecnológicos y mercadológicos que pasan por la cuestión de lo cotidiano de la profesión. En esa perspectiva, esas herramientas actuales se alimentan de la renovación cada vez más rápida de conocimientos producidos y de las innovaciones tecnológicas, lo que demanda conocimientos profundos y el factor conocimiento científico puede interferir en las relaciones interpersonales⁽⁹⁾, justificándose, así, la necesidad de investigar la producción discursiva de los profesionales, acerca de la humanización de la salud, para pensar en qué medida la política se traduce efectivamente en la práctica de los trabajadores de campo, como apuesta radical en su implementación y calificación. Los desafíos actuales de la PNH todavía hoy giran en torno del tema de la transversalidad y, sobre todo, sobre la defensa del SUS como política que garantiza la salud como derecho social. Para esto, el objetivo de este estudio fue describir la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización de la salud. Se cree que los resultados de esta investigación podrán contribuir para redirigir las acciones de las políticas gubernamentales, en especial en el campo de la salud y, sobre todo, en la humanización, sensibilizando a los administradores de esas acciones gubernamentales en el sentido de que se realicen mayores inversiones por parte de los administradores del campo, de los profesionales y usuarios, considerando que existe una responsabilidad recíproca en los procesos de la salud y ejercicio de ciudadanía que tenga por objeto al ciudadano como coautor en el proceso de formación del cuidado de la salud⁽¹⁰⁾. A partir de eso, se cree que se puede afirmar que la humanización de los cuidados de la salud

podrán establecerse como una política estructurante de todas las otras en el campo de la salud y que pasa por la cuestión del ejercicio de la ciudadanía⁽⁵⁾. Dentro de esa perspectiva, la humanización es un indicador para las otras políticas, ya que de nada sirve que existan "políticas" que no sean esencialmente humanizadas. Ser ciudadano es tener deberes y también derechos: salud es un derecho y un derecho sin ser humanizado se torna vacío de sentido.

Método

Se trata de estudio cualitativo, de carácter descriptivo, inspirado en la Teoría de las Representaciones Sociales, que es un dominio de investigación que se configura como un campo generador de debates, intercambios, consensos y disensos, que busca comprender cómo el significado es atribuido al objeto, de qué forma los actores sociales interpretan el universo social y las relaciones sociales⁽¹¹⁾.

El estudio fue realizado en un hospital universitario federal, situado en la ciudad de Niterói, en el contexto de la Política Nacional de Humanización (PNH). La PNH fue implementada en el hospital, buscando perfeccionar las relaciones y fortalecer los valores humanitarios en beneficio de los usuarios y profesionales de la salud, mediante acciones variadas como la creación de grupos y proyectos institucionales, objetivando: acogimiento, escucha, visita abierta, desarrollo de trabajos artesanales, Capilla Evangélica, Pastoral de la Salud y actividades lúdicas para los niños internados, entre otras acciones.

La selección de los participantes fue hecha siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Fueron incluidos los profesionales de nivel superior que trabajaban en el hospital, con tiempo de actuación de más de un año (período mínimo para adaptación y comprometimiento) inclusive en las propuestas de humanización de la institución; como criterio de exclusión: los profesionales provenientes de otros sectores como substitutes de eventuales faltas.

Los contactos iniciales fueron realizados por medio de visitas al campo para convivencia y aproximación con los participantes de la investigación, explicándose los objetivos del estudio, la importancia de su participación y se evaluó su adecuación a los criterios de inclusión. De los cuarenta profesionales abordados, 24 participaron de la investigación. Fue encerrada la recolección de datos al alcanzar la saturación de las informaciones obtenidas en los discursos.

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista abierta, mediante la siguiente pregunta que permitió la abertura del diálogo para profundizarse acerca de la humanización: "¿Qué significa para usted la humanización de la salud?". Las entrevistas tuvieron duración promedio de 30 minutos, ocurrieron en día, horario y local de preferencia de los profesionales, por medio de grabación de sus declaraciones, con el auxilio de grabador digital. Las entrevistas fueron realizadas en el período de abril a julio de 2013.

El análisis de datos implicó en captar las unidades de significado expresadas por los sujetos, inicialmente se realizaron lecturas atentas de cada declaración, separando los trechos o unidades de sentidos que, para los investigadores, se mostraron como estructuras fundamentales de la experiencia. Posteriormente, se realizó una selección del lenguaje de cada sujeto, captándose la unidad de sentido, de la cual emergieron las temáticas hermenéuticas que fueron fundamentadas por las Representaciones Sociales e interpretadas a la luz de las proposiciones de autores que dan consistencia a una problematización crítico-reflexiva, de acuerdo con las cuestiones suscitadas. Con el objetivo de preservar la identidad de los participantes, estos recibieron la letra E de "entrevistado", en una secuencia de 1, 2, 3..., sucesivamente.

Por tratarse de una investigación en que participaron seres humanos, se obedeció a todos los preceptos éticos y legales reglamentados por la Resolución nº466/12, del CNS-MS. La confirmación para la participación en el estudio se realizó mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI); siendo la investigación aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal Fluminense, con el Parecer nº208.069.

Resultados

De los 24 participantes de la investigación, 17 eran enfermeros, tres médicos, tres asistentes sociales y un fisioterapeuta, con edad de 25 a 55 años, siendo 14 casados viviendo con compañero/en unión estable, 18 de religión católica. Como formación profesional de mayor graduación, 14 poseían especialización, maestría cinco, doctorado uno y los restantes apenas graduación. En cuanto al tiempo de formación, se puede destacar que 12 tenían de uno a cinco años, cuatro entre seis y diez años de graduación. La renta salarial estuvo en un intervalo de R\$4.501,00 a R\$5.500,00. Trece profesionales declararon no tener orientación política

definida. En cuanto a la distribución de los sujetos por número de personas que viven juntas, diecisiete residían con otras tres personas. En relación a las principales fuentes de acceso a la información sobre humanización, diez personas la obtuvieron por medio de artículos científicos seguidos por manuales.

A partir del análisis de las declaraciones expresadas por los participantes, emergieron tres temáticas en torno de las cuales fueron desarrollados los análisis: "humanización de la salud como un acto de acoger al otro como único", "humanización de la salud como una cuestión de derecho" y "humanización de la salud como una cuestión ética". Se deduce que la producción discursiva de los profesionales se basa en una perspectiva que tiene solamente a la perspectiva humanista con sesgo social histórico.

Discusión

La humanización de la salud como un acto de acoger al otro como único

La *humanización de la salud como un acto de acoger al otro como único*, se refiere a la perspectiva humanista en lo relacionado a la cuestión acerca de la humanización. Cabe resaltar que, en la perspectiva del humanismo, todo comportamiento humano existe en un contexto que debe ser interpretado, no necesariamente por leyes y números, pero por una comprensión de tipo cualitativo. Además de eso, se aceptan presupuestos no verificables experimentalmente lo que significa la comprensión del hombre en cuanto ser-en-el-mundo⁽¹²⁾. La visión de hombre que sustenta la noción de los entrevistados acerca de humanización posee un significado epistemológico basado en una perspectiva humanista y, al mismo tiempo, es fundamentado en su vivencia, en la experiencia por ellos adquirida y construida durante los años de praxis en la actuación en el campo de la salud. En ese sentido, la responsabilidad del profesional es soportada, en la medida en que la participación de la sociedad es una directriz constitucional en el campo de la salud⁽¹³⁾. Esa actuación hace que los profesionales le den significado a la humanización de la salud como siendo un acto de acoger al otro como ser único y eso es, fundamentalmente, encontrar otra forma de lidiar con lo singular⁽¹⁴⁾. Con efecto, un sistema de atención humanizado enfatiza la mejoría en la comunicación entre las personas participantes en ese proceso, tomando como base el respeto por la dignidad y libertad, facilitando un soporte administrativo

adecuado. Ese sistema puede promover cambios favorables en la práctica hospitalaria, que son útiles para los profesionales y usuarios de los servicios de salud⁽¹⁵⁾. Ese fue, por ejemplo, el resultado de una experiencia positiva experimentada por enfermeros que actuaron en Benin, país localizado en la porción occidental del África, en las márgenes del Golfo de Guinea⁽¹⁵⁾.

Se puede destacar la cuestión del paciente en lo que se refiere a la humanización, situándola bajo el punto de vista del sujeto, enfocando para esa percepción el lugar de la experiencia y ésta posee una instancia amalgamada con el orden de lo intersubjetivo. A continuación se presenta una declaración típica de esa afirmación.

Ver al paciente como único, individuo, dar confort, cariño, comprender y atender necesidades, dar atención cooperar para la recuperación más rápida (E11).

A pesar de toda la barbarie vivida por esos profesionales - falta de profesionales, sobrecarga de trabajo, falta de equipamientos - también se está en la dimensión de la transcendencia y, por tanto es un plano transcendental desde el cual lo humano construye, destruye y reconstruye relaciones con los otros seres como él.

Comprender el ser humano como un ser único con sus necesidades e individualidades propias (E19).

En esa coexistencia, existen las rupturas y encuentros que son los desafíos de la existencia en donde, cada parte, solamente tiene sentido en una totalidad que es interdependiente de todas las partes. El hombre es un verdadero círculo hermenéutico de sí mismo. Hace y deshace visiones del existir y del coexistir.

Pensar en la individualidad del paciente, tener más participación en las elecciones terapéuticas (E23).

La relación Yo y Tú está repleta de intencionalidad en la medida en que somos seres intencionales, atravesados por la intencionalidad que se cubre y se descubre a medida en que entra en relación con el otro. En ese sentido, la intencionalidad es un elemento esencial de la existencia del hombre y ella mueve al ser humano, también, al preguntarse sobre el sentido del ser a cada experiencia de la cual todavía, el individuo, no se dio cuenta.

Mediante esa perspectiva, es posible pensar, de forma reflexiva, la noción de encuentro intersubjetivo, ya que ese tipo de encuentro enuncia y anuncia que las experiencias se refieren a la historia de cada uno. Solo es posible que ocurra la experiencia del encuentro que promueve una abertura a la escucha⁽¹⁶⁾, en cierta medida, a partir de un horizonte de historia y de un horizonte histórico.

Ese horizonte, el profesional lo tiene, ya que le es proporcionado, sobre todo por su práctica cotidiana en los servicios de la salud cuando convive con el otro, en una coexistencia afectiva en el campo de la salud⁽¹⁷⁾. La experiencia del sujeto es su secuencia, es su historia. Así, el lugar del encuentro intersubjetivo está en el campo de la institución que significa el establecimiento en una experiencia de dimensiones, en relación a las cuales toda una serie de otras experiencias tendrán sentido y constituirán una secuencia, una historia, permitiendo comprender la naturaleza de las relaciones e interacciones sociales⁽¹⁸⁾.

Así, ahora se trata de considerar que la experiencia es ese lugar que habla del horizonte existencial del sujeto y que lo coloca en contacto con su propia vocación de ser, instalándolo en la dimensión de su vivencia y lo hace nuevamente apoderarse del sentido encarnado. Esa experiencia que es, en cierta medida, un pacto con el dolor del otro, con la herida metafísica del cliente y no solamente con la física y, por tanto, visible, hace que el declarante diga que la humanización es *Ver el paciente como único*.

Esa singularidad, ese un apelo para romper con el modelo tradicional de uniformización, es también un apelo para capturar una insurgencia que la Política de Humanización puede tener, ya que las rupturas son posibilidades de cura de lo instituido para la instauración del instituyente. Se trata de comprender que, en lo cotidiano, las representaciones desempeñan el papel de palancas metodológicas que permiten interesarse antes por el instituyente que por el instituido⁽¹⁹⁾.

Lo único conduce a la singularidad que es tan preciosa en una sociedad que tiende a la masificación y a la exaltación de lo fugaz, de la liquidez y a la objetivación del sujeto. La singularidad piensa la alteridad sin imponer un modo de ser que no tenga en cuenta características propias. Eso requiere una perspectiva amalgamada y atenta con la experiencia de comprensión del otro, capaz de percibir consensos y disensos.

La humanización de la salud como una cuestión de derecho

En la *humanización de la salud como una cuestión de derecho*, existe una tendencia a la propia judicialización de los procesos relacionados a la cuestión de la salud. Esa tendencia se va fortaleciendo a cada día en el campo de la salud. La nueva demanda social de hoy es aquella "del derecho a tener derechos"; la idea de sujeto es convocada por la transformación de

una consciencia de sí en la medida en que el sujeto se torna más fuerte que la consciencia de las reglas, y así se postula que él también - el sujeto - se fortalezca más que las normas y que las exigencias de los sistemas en que vive y actúa⁽¹⁸⁾.

Con efecto, se trata del ámbito de la vida de la práctica, de las relaciones que no se cansan de inscribirse en el mundo subjetivo, intersubjetivo y transubjetivo y, así, se está en el ámbito de las representaciones sociales a medida en que se configuran como un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones, originado en la vida cotidiana durante el curso de las comunicaciones interpersonales⁽¹¹⁾. El mundo moral corta y atraviesa esos mundos que son el mundo del sujeto, el mundo de las relaciones Yo y Tú y de las relaciones yo-otro-mundo. El mundo ético corta y recorta todos esos pequeños grandes mundos. En términos norteamericanos, la humanización está relacionada en ese sentido a la calidad de vida, cuidado, consciencia, transcendencia y presencia a medida en que relaciona el abordaje teórico y práctico con la perspectiva asistencial, contribuyendo para el cumplimiento del bienestar de la sociedad⁽²⁰⁾.

La cuestión de los derechos, o mejor, del derecho, es destacada por una declaración que contiene la concepción de que la humanización de la salud se constituye como *Propuesta del SUS articulada con principios, fundamentos y directrices del SUS. Parte de la materialización de derechos existentes* (E5).

La cuestión de la calidad está siendo pensada bajo el punto de vista jurídico, de la ley, de la letra, la cuestión es una cuestión de derechos humanos y eso es apuntado en lo expresado por el declarante. Es una reivindicación política, ya que la historia de los derechos humanos es una historia en desarrollo⁽²¹⁾ y que ilustra la problemática sincrónica y diacrónica que se extiende en torno de esa proposición. Se observa que la libertad nos lleva a la reivindicación de derechos a medida en que el sujeto aparece bajo diferentes perspectivas: la de una ilusión o de una engañadora transparencia; la de una objetivación en subjetividades históricamente constituidas; la de un poder reflexivo de resistencia o de vigilancia; la de una libertad que reivindica sus derechos, y eso fue percibido de las declaraciones de los profesionales del campo de la salud, sus referencias de identidad, su responsabilidad, todo eso se refiere al modo judicializado que se tiene hoy de ver a la salud y humanización; además de eso, también indica un desafío en los combates simbólicos y políticos⁽¹⁶⁾. Así, existe un crecimiento permanente de la judicialización en los últimos cinco años, verificándose el aumento del número de procesos judiciales presentados

en los últimos años⁽²⁰⁾. El profesional, acerca de la proposición sobre lo que es humanización de la salud, afirma ser *Cumplir un derecho constitucional de cuidar y prevenir, proteger y producir salud de calidad* (E18).

Así se trata de pensar en qué medida la calidad, desvinculada de otras dimensiones como la cuestión de las condiciones del trabajador, el protagonismo del sujeto (que la torna corresponsable por el proceso⁽²²⁾), de la humanización y de la administración participativa, también son expresiones de calidad y humanización y, por eso, precisan ser vistas en una perspectiva de contexto.

Es menester resaltar, además, que el plano ético moral trae en su núcleo una ética que presupone el diálogo, la interacción entre los sujetos (profesionales, administradores, cuidadores) ya que solo así, habrá una ética construida a partir de la relación entre los sujetos que serán capaces de posicionarse críticamente delante de las políticas, de las leyes y del propio quehacer.

Así, se trata de considerar que la cuestión del derecho pasa por la forma de cómo veo a ese hombre que está delante de mí, es una cuestión, en cierta medida, de visión de mundo, de existencia. Es preciso que se diga que la cuestión por la lucha de los derechos parece ser una lucha interminable. El profesional en algunos casos se siente despojado de él y no apenas de aquel que está cuidando. El problema por la lucha del derecho es una lucha por el propio derecho y por el derecho del paciente que el profesional parece tener que enfrentar.

Delante de lo expuesto, se cree que se puede afirmar que la cuestión del derecho coloca al profesional frente a cuestiones cruciales de la vida que colocan en jaque proyectos terapéuticos, estrategias de cuidado y hasta mismo proyectos de vida que hacen que el profesional piense en el objeto complejo que es el cuidar humano y en la dimensión del existir.

Delante de esas cuestiones, es necesario afirmar que esa protección de los derechos se torna algo relevante delante de los problemas de reconocimiento que todavía persisten en esa cuestión, ya que ella se refiere también a la vivencia de una sensación de empoderamiento (*empowerment*) del propio sujeto.

Es necesario afirmar que pensar en la interfaz entre humanización y derechos de los sujetos de la salud, es también reflexionar sobre el *ethos* que atraviesa la dimensión de la asistencia. Es necesario además esclarecer que esa temática se suma al hecho de pensar en los canales de negociación, participación en las decisiones, procesos de trabajo de la salud y el hecho de

tener sus voces escuchadas dentro de una concepción de relación dialógica y de respeto.

La humanización de la salud como una cuestión ética

En la *humanización de la salud como una cuestión ética*, la problemática de la ética también es levantada y relacionada a la cuestión de la humanización a medida en que los sujetos del estudio la piensan articulada a la garantía de la dignidad, ya que se puede pensar la dimensión ética, por medio de la dignidad⁽²³⁾. Lo digno es ético, lo ético es digno, esa dignidad también es pensada del lugar de las condiciones de ofrecimiento del cuidado, de la calidad y de los derechos a la salud.

Delante de eso, la relación interpersonal es, en cierta medida, el lugar privilegiado de esa producción de unidades vivas de relación. Esa unidad viva no está guiada apenas en la experiencia científica o en la experiencia anatómica clínica, pero, también, en la experiencia que atraviesa la fluidez de la vida, la inexactitud de los hechos, la imprecisión de los conceptos con sus antinomias y elementos dialécticos que hacen parte del existir, pero también del coexistir. Así, se trata de averiguar en qué medida la relación es una respuesta para el otro. En ese sentido, investigaciones internacionales señalan que, con el enfoque en la humanización, se cree que el conocimiento en ese campo redundará en beneficio para el bien social, propiciando una comprensión acerca de la persona y del bien común⁽²⁴⁾.

La cuestión de la libertad es una cuestión ética en el seno del proceso de trabajo. Se trata de comprender que es preciso pensar que, para hacer humanización, hay que hacer operacional la escucha ética de esos sujetos y así percibir que éste está lidiando con un ente social.

El profesional acerca de la pregunta sobre lo que es humanización de la salud afirma es *Garantía de la dignidad ética* (E12).

Hay en el discurso de esos profesionales una preocupación por la garantía del posicionamiento ético, como que si, en sus experiencias, pudiesen observar que éste *falta en muchos profesionales*. La falta de la ética es una forma de exclusión, configurándose como un tipo de injusticia y eso es un tipo de denuncia que aparece en el discurso que brota del seno de la experiencia de esos profesionales.

Mediante esas colocaciones, es necesario afirmar que, efectivamente, ese encuentro interpersonal va más allá del abordaje anatómico clínico, pero habita un lugar que habla de la afirmación de la vida a pesar de que

en la muerte. Esa es la dimensión de la subjetividad humana que no puede reducir el hombre a una colección de síntomas y señales, a una especie catalogable.

Es preciso enfatizar que aquello que al profesional le gustaría, que fuese diferente en el sentido de la humanización de la asistencia, es oriundo de su práctica, su experiencia, su historicidad, su temporalidad, y que es vigente no necesariamente a partir de los presupuestos clasificatorios de una ciencia natural, pero si teniendo como fundamento una ciencia que quiere conocer al sujeto a partir de aquello que él se muestra ser en la experiencia que se torna presente, por medio de la relación Yo y Tú. El profesional comprende que es preciso reconfigurar el espacio del encuentro con el otro.

Sumándose a eso, cabe resaltar que se coloca en escena - a pesar del mito de la neutralidad de la ciencia, de la objetividad, de la imposición del cálculo y de las experimentaciones - la cuestión de la relevancia de la relación del profesional con el usuario del sistema de salud para la humanización. Es preciso, por tanto, comprender las perspectivas de las configuraciones de las diferentes cualidades y dimensiones de la exclusión, percibiendo la dimensión objetiva de la desigualdad social, la dimensión ética de la injusticia y la dimensión subjetiva del sufrimiento ético político que atraviesa las relaciones inter y transubjetivas⁽²⁵⁾. Con efecto, dar oportunidad para que el otro se coloque es darle estatus de ciudadano y, más que eso, es verlo como mi igual, mi semejante, es una posibilidad también de romper con el modelo hegemónico médico centrado de producción de un saber técnico, en el cual no hay espacio para la historia poética y solamente para la historia instituida; muy lejos de la instituyente. En ese sentido, el sujeto sufre políticamente también cuando vive la eliminación de la participación popular en las decisiones políticas; cuando asiste a la concentración del poder público a medida en que percibe el debilitamiento y fragilidad del Estado de Derecho y cuando observa el control de los medios de comunicación de masa, inclusive cuando es realizada de forma indirecta y discreta. Ese sufrimiento trasparece en las representaciones sociales de los sujetos y también al tematizar la cuestión de la ética.

El profesional acerca de la indagación sobre lo que es humanización de la salud afirma ser *Garantía de la dignidad, ética y falta en muchos profesionales* (E24).

Esa cuestión lleva a pensar cuánto la oposición a la humanización puede generar sufrimiento, desigualdad y un profundo sentimiento de injusticia social y sufrimiento social como exclusión⁽²⁵⁾. Toda esa cuestión puede ser fortalecida en el espacio social por el debilitamiento

y la ruptura de los vínculos sociales de una sociedad, ya que llevan sus consecuencias a lo cotidiano y a las trayectorias de vida⁽²⁶⁾.

El proceso de trabajo está en juego en la cuestión de la forma de desarrollar la humanización. A partir del conjunto de conocimientos y técnicas, es posible un quehacer humanizado. El proceso de trabajo es hecho por muchos, es construido no solamente por subjetividad, pero por subjetividades, sean ellas individuales, colectivas o institucionales.

Así, es necesario afirmar que la cuestión de la humanización, por tanto, postula la característica de preocupación con el otro, que no soy yo, como característica estructural porque, en cierta medida, está en juego la cuestión de cierta empatía y de contingencia operando esas relaciones; una disponibilidad para el otro y, sobre todo, el reconocimiento de que siempre existen inevitables diferencias entre los seres humanos, pero que ellas también hacen parte de los procesos y, como tal, de las características del proceso de humanización. Estudios norteamericanos apuntan el hecho de que es necesario facilitar la humanización, el aprendizaje del significado de la propia existencia, pensar en lo que se elige, promover la calidad de vida y así ocurrirá la cura en el vivir y morir⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Conclusión

A través de este estudio, fue posible aprender el significado de la producción discursiva de los profesionales acerca de la humanización de la salud, una vez que poseen la experiencia de la práctica del día a día en los servicios de salud y, sobre todo, en un hospital que posee la Política Nacional de Humanización implantada.

La pregunta sobre lo que es humanización de la salud hace que ese profesional de la salud externe su producción discursiva, refiriéndose a ella como acto de acoger al otro como ser único, mostrando la importancia de la cuestión de la singularidad y también que ese discurso tiene una raíz humanista y al mismo tiempo social histórica basada también en su experiencia tanto profesional como personal.

La reflexión también hace alusión a la cuestión de la humanización como un derecho, apuntando para el aspecto de la judicialización de los procesos de salud, cada vez más frecuentes en nuestro medio, así existe un crecimiento permanente de la judicialización en los últimos cinco años, verificándose el aumento del número de procesos judiciales presentados en los últimos años.

Existe un apelo para el cumplimiento de los derechos constitucionales dentro del campo de la salud.

Dentro de esa perspectiva, la humanización de la salud también es vista como una cuestión de ética en la medida en que se piensa en la garantía de la dignidad ética, en el aseguramiento de la igualdad y en el sufrimiento causado cuando ocurre la situación de su violación.

Además, se considera indispensable que los profesionales del campo de la salud conozcan la PNH, con la finalidad de que proporcionen asistencia de calidad, promoviendo, así, el encuentro, el acogimiento y el reconocimiento de sí mismo, del otro y de su profesión, en el escenario político y social histórico de su país, en su calidad ciudadano no solamente con derechos, pero también con deberes.

La educación precisa ser permanente para que efectivamente se ponga en marcha la cuestión de la humanización, ya que es la forma de desarrollarla y la educación tiene muchos matices. Es importante considerar que las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud vienen siendo degradadas desde hace mucho tiempo, por mecanismos de precarización, que van desde la no contratación de profesionales en cantidad suficiente hasta la implantación de programas de expansión inconsecuentes.

El presente estudio retrata la producción discursiva de un grupo de profesionales de un hospital que ya posee la PNH implantada, esto puede ser considerado un factor limitante de la investigación, una vez que no permitió la generalización de los resultados. Entre tanto, el estudio se mostró relevante al posibilitar que los profesionales de salud puedan repensar sus acciones relacionadas a la humanización de los cuidados de la salud.

Referencias

1. Pasche FD, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4541-8.
2. Severino AJ, Almeida CRS, Lorieri M. *Perspectivas da Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez; 2011.
3. Gouveia EC, Avila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. *Psicol Estud*. 2010;15(2):265-73.
4. Paula AS, Kodato S, Dias FX. Representações sociais da violência em professores da escola pública. *Est Inter Psicol*. 2013;4(2):240-57.
5. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1186-200.
6. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet] 2011 Nov [acesso 2 abr 2015];16 (11) . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.
7. Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Suppl I):1115-24.
8. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(suppl I):957-63.
9. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):953-8.
10. Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):363-78.
11. Silva AMTB, Constantino GD, Premaor VB. A contribuição da teoria das representações sociais para análise de um fórum de discussão virtual. *Temas Psicol*. 2011;19(1):233-42.
12. Freire JC. Humanismo e Fenomenologia: na psicologia, na psicopatologia e na psicoterapia. *Paidéia*. 2010;20(45):133-4.
13. Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):134-41.
14. Barbosa LB, Dimenstein M, Leite JF. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Av Psicol Latinoam*. 2014;32(2):309-20.
15. Fujita N, Perrin XR, Vodounon JA, Gozo MK, Matsumoto Y, Uchida S, et al. Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. *Midwifery*. 2012 Aug;28(4):481-8.
16. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3):468-72.

17. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3595-604.
18. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc Estado*. 2009;24(3):679-712.
19. Carneiro MS. Práticas, discursos e arenas: notas sobre a socioantropologia do desenvolvimento. *Sociol Antropol*. 2012;2(4):129-58.
20. Dobratz MC. A model of consensus formation for reconciling nursing's disciplinary matrix. *Nurs Philos*. 2010 Jan;11(1):53-66.
21. Eyng AM. Direitos humanos e violência nas escolas: desafios do trabalho em rede. *Rev Port de Educação*. 2013;26(2):245-66.
22. Diniz DMTRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):591-8.
23. Tocci ASS, Costa ECF. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. *Rev UNINGÁ*. 2014;(40):197-206.
24. Widang I, Fridlund B, Martenson, J. Women patients' perceptions of integrity within health care: A phenomenographic study. *J Adv Nurs*. 2008;61(5):540-8.
25. McCurry MK, Revell SM, Roy SC. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nurs Philos*. 2010 Jan;11(1):42-52.
26. Reis NHN. Ética na contemporaneidade: elementos para uma análise. *Enfoques*. 2011;23(1):57-73.
27. Sawaia B, organizador. *As artimanhas da exclusão*. 11ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
28. Morse JM. Why humanized health care? Plenary address. Saiyud Niymviphat Lecture at the First Asian International Conference on Humanized Health Care, 2007 Dec 3-5; Khon Kaen, Thailand. p. 74-81.
29. Arman M, Rannheim A, Rehnsfeldt A, Wode K. Anthroposophic healthcare*different and homelike. *Scand J Caring Sci*. 2008;22:357-66.
30. Willis DG, Grace PJ, Roy C. A central unifying focus for the discipline: facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008 Jan/Mar;31(1):E28-40.
31. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Cienc Cult*. 2011;63(2):32-7.
32. Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(6):429-36.

Recibido: 25.10.2014

Aceptado: 22.4.2015