

El naufragio del hospital. Trabajadores y pacientes en el mismo barco

F. Vallone, Universidad Nacional de Lanús, 2007

Introducción:

La presente monografía abordará el tema de Trabajo, Organización, Gestión y Gobierno (TOGG), y estará basada en diversos textos que se aproximan a la problemática desde diferentes ángulos: Mario Testa (8) y su visión desde la cama del paciente que, además está decirlo, se halla a la vez totalmente embebida de su propio conocimiento y recorrido profesional; Denise Sant'Anna (7) que tiende un interesante y metafórico puente entre pacientes hospitalarios y pasajeros de un avión; y Volnei Garrafa y María Clara Albuquerque (3) que analizan la relación médico-paciente desde una triple mirada: profesionales-pacientes-alumnos de medicina.

Junto a ellos, otros aportarán al abordaje de la humanización de los servicios de salud: de Castro Lacaraz y Sato (1) intentando un triángulo entre calidad y salud del trabajo, y humanización; Rosana Onocko (6) ahondando en el mal-estar en la institución hospitalaria, y Gastón de Sousa Campos (2) con su ampliamente reconocida visión de gestor sensible a la problemática que se plantea.

Más alejados del tema particular pero indispensables a la hora de procurar un mejor entendimiento de lo que estas páginas pretenden, estarán presentes referencias a Edgar Morin (5), Fernando Ulloa (9), y finalmente Jerome Kassirer y Marcia Angell (4).

La intención de este trabajo será la de poner en tensión la mirada de los pacientes, sus necesidades, sus reclamos y silencios, con las propias vivencias de quienes transitan esos pasillos como su lugar de trabajo, pasajeros al fin todos de un barco que sentimos naufragar. Con manifiesta intención de ponerle una cuota más de dramatismo a la escena náutica hemos decidido deliberadamente abordarla, parafraseando a Testa (8), desde la "larga, inquietante, temible noche hospitalaria".

Pero sería un desafío imposible para mí encarar este tema, más allá de lo sustantivo y valioso de estos aportes, soslayando la auto-referencia; el propio recorrido y percepciones que entrarán también en juego en las próximas páginas. Hablar de la institución hospitalaria obliga a involucrarme personalmente como profesional de la salud, pero fundamentalmente como hombre que ha vivido ya algunas décadas. Leo a Testa decir de sus miedos desde la cama de hospital y recuerdo los propios, ya no sólo hacia la institución sino, lisa y llanamente, ante un colega en tanto su paciente.

Como médico, llevo casi treinta años de profesión tratando de comprender la lógica institucional de los servicios de salud. Rápidamente luego de finalizada la residencia pediátrica sentí necesidad urgente de abandonar el hospital. Algo en él me empujaba fuera. Algo allí dentro no me era demasiado hospitalario.

La larga, inquietante, temible noche hospitalaria

Así define Mario Testa a ese período en que el tiempo del internado se desacelera inexplicable y tristemente. Su sueño tiende a ser interrumpido en diversas ocasiones, trastornando la alternancia entre el día y la noche (7), “en medio de encendido y apagado de luces y conversaciones en voz alta que a veces se prolongan hasta las dos o tres de la mañana, matizadas con algún juego de naipes o con escarceos amorosos...”. (8)

Y allí, prisionero de una (in?)-soportable¹ sensación de indefección, los pacientes (8). Pacientes en esperar, con angustia, siempre esperar; el próximo medicamento, el próximo análisis, el próximo pase de sala, la próxima visita, el próximo baño, la próxima comida. El próximo día y la próxima noche. Por momentos puede asaltar al enfermo la sensación de estar conspirando contra el buen funcionamiento de la institución (7).

Tal como relata Testa desde su propia cama, las rutinas hospitalarias proponen ritmos incomprensibles, mientras recuerda qué lejano queda aquél Antonio Cetrángolo afirmando que “el reposo sigue siendo el mejor tratamiento de la enfermedad”.

Dice Sant’ Anna que fuera de los círculos médicos poco se conoce de las rutinas hospitalarias. Qué pensarían entonces, me pregunto, las madres y (algunas veces) padres de los pacientitos internados en el 4° piso de aquel enorme hospital a las 3 de la mañana cuando irrumpíamos en operativo comando para realizar los invaluable lavados gástricos a fin de recuperar algún bacilo de Koch? Tres de la mañana, sondas nasogástricas en mano, esperando al acecho que estuvieran bien dormidos...padres e hijos!

“Hay médicos que ni siquiera nos miran a la cara... en cambio el médico de la novela se interesa por el niño y por la familia” (3)

Pero bien que para nosotros aquello no era una novela! Y qué sentía yo por entonces, en función de médico residente de guardia, en medio de esa larga noche (poco) hospitalaria? Creo que lo que más

¹ Agregado del autor

recuerdo es el cansancio, el agotamiento, el deseo de terminar de una vez con mis tareas “rutinarias” y que nada nuevo, imprevisto (es decir, un deseo imposible de ser cumplido) acaeciera.

El hospital moderno masacra a sus sujetos, dice Onocko. Y señala que en ese proceso de salvar vidas vamos gastando nuestras propias humanidades (6). Claro que no se trata de colocar en un mismo nivel de necesidades y posibilidades a quienes acuden a los hospitales en esas largas noches y quienes estamos allí para recibirlos. Existe un sinnúmero de “ventajas” a favor de quienes en ellos trabajamos, desarrollando sueños o exponiendo miserias, en el sentido de poder comprender con más claridad lo que está ocurriendo. O al menos, no podemos esperar que los enfermos lo hagan. Pero no obstante, como remarcan Garrafa y Albuquerque, tanto en sus entrevistas con padres de pacientes pediátricos y estudiantes así como en los grupos focales con médicos, “palabras como sufrimiento, miedo, angustia y soledad estuvieron presentes en los tres grupos.”(3).

Recuerdo las internaciones de madrugada. Nunca me puse (hasta hoy mismo quizás) a pensar en el día anterior a esa madrugada de esos niños/bebés y sus madres/padres. Quizás una internación a causa de una bronquiolitis a las 2 de la madrugada significaba haber salido de sus casas el día anterior a las 5 o 6 de la mañana para conseguir un número en la salita del barrio, luego esperas, colectivo al hospital más cercano, más esperas, desmejora, traslado a nuestro hospital, guardia tratando de evitarles la internación, fracaso y llegada al piso.

Sant’Anna (7) realiza una interesante y a la vez descarnada descripción de la situación de convertirse en paciente de una institución de salud, aún sea esta “semejante a un hotel cinco estrellas”. Ese pasaje de la vida en familia, en sociedad, a la institucionalización plantea la vivencia de una serie de separaciones y por tanto, de sufrimiento. Se produce una ruptura con su entorno, con el mundo (su mundo): sin familia, sin casa, sin barrio, sin trabajo, sin amigos. Rápidamente comienza a sufrir los efectos de la pérdida de su identidad: las diferencias de sexo, de edad y profesión tienden a ser anuladas a favor de la condición paciente; deja de tener derechos sobre su propio cuerpo, y se ve separado abruptamente de la vida que día a día construía y reconstruía su identidad.

Nos dice Morín (5) que la definición del sujeto supone la autonomía-dependencia del individuo. Qué fracción de sujeto queda en aquél individuo dependiente hasta para las más elementales normas de higiene personal, y para quien aún el sueño se trastoca trastornando entonces la alternancia entre el día y la noche (7).

“No hay diálogo, pero como ellos se conforman con poco, nosotros no proseguimos la conversación. En verdad, yo no fui preparado para el diálogo en los momentos difíciles de la profesión...Más aún, no conozco el respaldo legal de mis actitudes”(3)

¿Qué es la libertad? se pregunta el autor, y se responde a sí mismo que libertad es ejercer la posibilidad de elegir entre diversas alternativas. Para que exista libertad deben darse dos condiciones: una interna, es decir tener conciencia de su ejercicio, y otra externa (5). Y allí, en el hospital, aún teniendo la primera condición, la segunda se evapora.

En este punto bien vale hacer una aclaración. Si bien aceptamos que la cantidad de “estrellas” que posea una institución de salud no parece cambiar demasiado los efectos de pérdida de noción de sujeto de las personas internadas, no se vislumbra que suceda lo mismo respecto de la atención que ellas suelen recibir. Pacientes y profesionales parecen coincidir en la existencia de diferentes posturas en la comunicación entre ellos de acuerdo con la característica pública o privada de la institución de salud (3).

“... me gustaría encontrar en el médico de mi hijo, amor” (3)

Pareciera común la referencia a que desde la visión del médico, el enfermo de las clases populares es, en primer lugar, un miembro de una clase inferior a la suya que posee un nivel más bajo de instrucción que, encerrado en su ignorancia y sus prejuicios, no está en condiciones de comprender el lenguaje y las explicaciones del médico y a quien, en definitiva, conviene dar ordenes sin comentarios en lugar de consejos argumentados. “Como el gobernante de La República de Platón, el médico acostumbra imponer sus valores a los demás miembros de la sociedad cuando recurren a él. Tal actitud es más notoria a menor nivel socio-económico del paciente”. (3)

En las noches de invierno, esas propicias para el Conde Drácula y en épocas pre-SIDA, la indicación de una transfusión sanguínea a un lactante con neumonía levemente anémico era casi rutinaria. Hasta que una vez, quizás después de haber padecido mi propia experiencia de padre de hospital, me pregunté qué significado cobraría para los padres ver a su hijo transfundiéndose, cuando en general ese procedimiento estaba (para el común de la gente) ligado a un cuadro de gravedad extrema. Y qué poca información les dábamos al respecto!

Relata Testa de su propio calvario que de esos médicos parados al pié de su cama, mirando electrocardiogramas y hablando para sí, “ninguno de los tres me mira ni me dice nada” (8).

Pareciera que en el campo de la salud es común que las personas sean reducidas a objetos a ser manipulados por la clínica pero también por la salud pública (2).

Tal vez sea posible que la propia institución hospitalaria, en el afán de alcanzar un estándar de excelencia y calidad, protagonice la falta de afectividad entre el médico y el paciente y, por lo tanto, promueva la falta de comunicación entre ellos al crear normas e imponer contratos a los médicos a todo lo cual se someten penosamente (3).

Algunas veces nos quedábamos dormidos escribiendo la historia clínica; más aún, algún compañero fue hallado dormido “cabeza a cabeza” junto a una madre tan agotada como él. Cómo pretender en esas circunstancias, por ejemplo, encontrar un acceso venoso en un bebé regordete, cuando la vista se nubla de puro agotamiento y el cerebro ha implementado el trabajo a reglamento? Porque nosotros también habíamos iniciado el día a esas mismas horas, y nos esperaba luego otra jornada que terminaba a las 5 de la tarde. Pero entretanto si la noche de verdad se presentaba calma, entonces la consigna suprema de nuestro jefe de turno era, en lugar de dormir, analizar algún caso difícil de modo de llegar a las 7 a.m. sin haber tocado la almohada.

“...yo no tuve oportunidad de conversar con el médico, ningún médico se sentó junto a mí para conversar” (3)

Trabajadores y pacientes en el mismo barco

Usualmente aplicado en un sentido distinto y ligado a intereses económicos, proponemos plantear aquí el surgimiento de conflictos de interés en la relación entre médicos y pacientes, no como explicación suficiente pero sí como un componente más del intrincado mundo que pretendemos abordar. Desde allí sostenemos lícito adaptar la definición de Kassirer y Angell (4) diciendo que constituye un conflicto de interés una serie de condiciones en las cuales el criterio profesional en lo que respecta a un interés primario (como ser el bienestar de un paciente) tiende a verse seriamente afectado por un interés secundario; en este caso, simple pero dramáticamente, el interés (léase necesidad imperiosa) de descansar del profesional de guardia; aunque bien podríamos listar una larga serie de otros “intereses” no menos importantes.

Cuánto de esto afecta a quienes se someten a las terapias? Y cuánto a los ejecutores de las mismas? Cómo va formateando esta cotidianeidad la conducta profesional? En ese mismo barco a la deriva, esa situación de abandono y soledad no es “privilegio” exclusivo del paciente; ella también

involucra al médico (3). Dice Onocko que “las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes. Pero también las de los pacientes”.

Y es que en esta nave “todos somos prisioneros”, tal como gritaba a quien quisiera escucharlo el viejo Víctor desde su cama seis, aún cuando esos otros jugaran a entender la más liviana de las significancias de tan profundo mensaje. Aunque sin embargo nuestro testigo allí presente “...creía entender que no sólo se refería a nosotros, es decir a los pacientes encamados, sino también a los que nos cuidaban desde su función como trabajadores hospitalarios”. (8)

Me gustaría decir que es bueno, tanto para los médicos como para nosotros, que nos tratemos bien los unos a los otros y al mismo tiempo evitar el mal trato”.(3)
--

Según Morin (5) “en la vida cotidiana nos sentimos sujetos y vemos a los otros como sujetos... pero si examinamos a esas personas y a nosotros mismos desde el punto de vista del determinismo, el sujeto, nuevamente, se disuelve, desaparece”.

Y qué ocurre con nosotros, los que traspasamos la puerta de ese mismo barco-hospital pero en condición de trabajadores de salud? Qué perdemos, qué dejamos fuera, de qué nos despoja la institución? Somos nosotros verdaderos sujetos-en-acción dentro de esa institución?

Si bien podemos suponer que el ajuste que implica el trabajo institucional nos exige una cuota de malestar, lo que ocurre en los servicios de salud en general, y muy especialmente en el hospital supone colocarnos al borde del sufrimiento. “Malestar y sufrimiento institucional no son lo mismo, aunque sus fronteras se parezcan más a una membrana que a una pared”. (6)

Haciendo referencia a Pitta, dicen de Castro y Sato que ese sufrimiento psíquico de los equipos hospitalarios es efecto de una exigencia desmesurada y relacionada con la (des-)organización del trabajo, tal como jornadas prolongadas y casi sin pausas para descanso, ritmo acelerado³ y una alta responsabilidad alrededor de cada procedimiento o tarea realizada. Esa situación deviene inexorablemente en sentimientos de frustración, depresión, angustia y pérdida de confianza que resultan en la sensación de insatisfacción por el trabajo efectuado. (1)

² Agregado del autor

³ En mi entrenamiento como residente de pediatría fui adiestrado en la recepción de recién nacidos sanos, vigorosos (y necesitados nada más que de los brazos de su madre), para salir literalmente corriendo con ellos a aspirarlos y realizar todo tipo de maniobras estresantes para mí (pero mucho más para esos neonatos, claro!) y absolutamente innecesarias. Pero la clave era correr...

Y luego bien, será ese sufrimiento el que nos hace trastocar el “malestar de la cultura en cultura del malestar”(9), que inexorablemente cae por acción gravitatoria hacia quienes menos posibilidades tienen allí dentro? Siendo el personal profesional mucho más independiente y conservando para sí la posibilidad de un contacto mucho menor con el paciente, parece ser el personal de enfermería el que más padece las consecuencias del sometimiento a manos de médicos y otras autoridades, con la consiguiente traslación de igual trato a pacientes y visitantes “creando consciente o inconscientemente una atmósfera de sutil o abierta represión” (8).

Sin embargo, y como parte de la esquizofrenia institucional, es el propio personal de enfermería quien brinda más comúnmente también un tratamiento amoroso. Son ellos quienes frecuentemente funcionan como dadores de presencia y atención, o “dadores de tiempo”, figuras fundamentales para el restablecimiento de los lazos entre el paciente y la vida (7). Algo llamativo es la manera en que usualmente se hace referencia a los adultos, como si se tratara de niños; Testa relaciona ese trato (bebé, muñeco) a lo más parecido al “tratamiento social”, mientras que para Sant’Anna conlleva la intención de reducir la vergüenza de quienes deben exponer sus dolores y sufrimientos a un grupo de desconocidos.

Pero más temprano que tarde, y como ya hemos relatado, el paciente sufre la anulación simultánea de su individualidad y socialidad (8) al igual que sus familiares; es común escuchar (y experimentar en primera persona) el temor a ejercer la queja o el reclamo por miedo a que se tome “revancha” con el enfermo.

Es posible que, desde que los hospitales comenzaron a incorporar tecnologías industriales y la práctica quirúrgica se hizo dueña en buena medida de ese ámbito institucional, con la introducción de innumerables productos químicos, maquinarias y equipamientos sofisticados que pasaron a nutrir el trabajo científico y el lucro de otras muchas empresas, el papel del trabajador de salud haya comenzado un inexorable cambio. Hoy, entre el médico y el paciente están las máquinas (7).

Pero aún cuando los servicios de salud continúan funcionando bajo los preceptos tayloristas, sus trabajadores, más allá que ejecutar prescripciones, buscan espacios cotidianos de negociación. (1) Esas negociaciones generalmente dan cuenta del sufrimiento y de las necesidades reclamadas.

Así, creemos que en este particular sistema político y social dominado por técnicos, debería poderse avanzar desde la libertad ética de la ciencia a su responsabilidad ética; y desde la dominación del hombre a manos de la tecnocracia, a una tecnología a su propio servicio. (3)

Para Campos (2000) está claro el papel que las instituciones de salud deben jugar: el de producir valor de uso y para la realización personal de los trabajadores. Esta doble finalidad debería permitirnos trabajar en pos de lograr salvar la subjetividad de quienes allí trabajan (6).

Onocko (6) citando a Kães reconoce que “la institución debe ser permanente: con eso ella asegura funciones estables y necesarias para la vida social y psíquica”. Para ese autor existiría una adherencia narcisista al objeto institucional, lo que implicaría que la estructuración como humanos de quienes allí trabajan está ligada a esa inserción institucional.

Pero bien, cómo dar ese salto desde nuestra sensación cotidiana de naufragio (alguien podría haber utilizado la guerra como metáfora mucho más ligada a la frase escuchada por doquier en los servicios de salud argentinos: “estar en la trinchera”) a otra situación con perspectiva concreta de cuidado mutuo entre trabajador y paciente?

La ansiada humanización

Y qué entendemos entonces por humanización ligada a los servicios de salud? Según plantean de Castro y Sato, es la búsqueda continua de confort físico, psíquico y mental frente a las necesidades de los pacientes, sus familias y el propio equipo de salud que los asiste, en conformidad con las relaciones que se establecen. (1) Para Gastón Campos, “lo humano se refiere al sujeto y a la centralidad de la vida humana” (2).

Y Onocko nos recuerda que su contracara, es decir la des-humanización que existe en los servicios de salud es también un producto humano, aún cuando resulte de una combinación de problemas estructurales con posturas alienadas y burocratizadas de los operadores (6).

Pero pareciera que no habría forma de desarrollar un proyecto de humanización sin que se tenga en consideración la democratización de las relaciones interpersonales y su consecuencia directa: la democratización de las instituciones. Y alerta Campos que aún partiendo del principio de Integralidad o de Humanización pueden ser desarrolladas políticas amplias o restrictivas y proyectos reformistas o mediocres. (2)

Cierto es que se hace necesaria una determinada diferenciación y objetivación del enfermo a la hora de su atención. Pero respecto de la eficacia de la intervención, lo que resulta desventajoso es el desconocimiento más o menos amplio de esa subjetividad y socialidad (8). Tal vez el hecho de habernos sumergido en una lógica de producción de procedimientos nos haya hecho perder de vista el objetivo final de producir salud (6); de otro modo, cómo es posible que los únicos

indicadores que tenemos a mano sean los de “producción”? Prácticas, cirugías, giro/cama, partos, altas. Qué le dicen a quien los lea acerca de la salud de esas personas o de una población?

Por otra parte, la incontrolada magnificación de esa objetividad suele ser negativa no solamente en lo que respecta a los pacientes sino también con relación a los propios trabajadores de salud, muy posiblemente los más proclives a sufrir las consecuencias de ese cotidiano contacto con el dolor y la muerte (8).

Luego, la tendencia a “transformar al paciente en objeto” lleva a los trabajadores del hospital a cometer errores en su trabajo profesional debido a la confianza que generan los datos objetivos obtenidos mediante los diversos aparatos que registran diversas funciones del paciente. (8)

Pero como hemos dicho, esa fragmentación con que se ve y se trata al paciente también la sufre (en correspondencia) el trabajador. Cuanto más grande sea la institución mayor será la división de tareas que implicará necesariamente una pérdida de la visión de sujeto del enfermo. El cuerpo de éste pasará por decenas de manos para asearlo, palparlo, curarlo, alimentarlo, analizarlo, estudiarlo, etc. (7) Cómo podría ser posible, desde la experiencia cotidiana del trabajador, integrar esos pedazos en cuerpos con caras e historias!

En este sentido es indispensable que reconozcamos que las organizaciones no son meramente estructuras sino procesos cotidianamente conducidos y construidos, y que inevitablemente involucra a sus trabajadores como protagonistas. (1)

Conclusiones

Es factible hallar una perspectiva común? Al fin y al cabo, todos somos náufragos, y hasta el capitán mañana pasa a ser pasajero de ese u otro barco. Para Campos el debate a dar necesita de dos componentes fundamentales: la posibilidad de producir utopías nuevas, y al mismo tiempo la chance de poder influir sobre las prácticas actualmente existentes en los servicios de salud. (2)

Quizás en esta segunda línea se encuentre su propuesta de la llamada “clínica ampliada” que no sólo de cuenta de procedimientos sino que rescate al paciente desde sus dimensiones subjetiva y social. Esto es, un ser al que sin descuidar su biología no se le niegue su subjetividad y socialidad.(6)

Pero mirando algunos recursos comunicacionales incorporados en los últimos años tales como las herramientas de consejería⁴ para pacientes portadores de VIH o para dificultades con el manejo de

⁴ A mi juicio una confusa traducción del inglés *counselling*

la lactancia materna (a través de las cuales se “enseña” a los trabajadores de salud la forma de sentarse, preguntar, mirar y escuchar), estamos muy cerca de aceptar que algunos intentos no son más que recetas simplistas sobre las que advierte Gastón Campos al decir que una forma sencilla (pero obviamente inútil) sería “una catequesis o sensibilización de los trabajadores de salud para que adoptasen posturas y comportamientos ‘cuidadores’ – más un neologismo inventado como salida mágica para un contexto complejo”. (2)

Desde su cama, Testa propone analizar la adecuación de los criterios que definen las prioridades que a su tiempo regulan las normas de funcionamiento de las instituciones de salud, así como la necesidad de considerar a los trabajadores de salud desde su propia subjetividad y socialidad en una discusión que los involucre en forma conjunta con los propios pacientes (8) (1).

Como el sector salud tiene la particularidad de que el producto del proceso de trabajo se da al mismo tiempo en que se realiza, que existe a la vez gran incertidumbre, que se dan relaciones interpersonales entre prestadores y asistidos imposibles de predefinir con precisión, y que las circunstancias a cada momento se modifican, todo esto hace que la posibilidad de normatizar las actividades sea limitada dejando entonces a los trabajadores, en el ámbito de sus propias unidades, crear formas de lidiar con los imprevistos, con los esfuerzos y con las necesidades de la población. (1)

En función de eso, lo cotidiano del trabajo es el foco privilegiado para desde allí pensar la articulación entre calidad del trabajo, la salud del trabajo y humanización del cuidado. En este aspecto, la organización del trabajo asume un papel central para el logro de este triple objetivo. Pero será importante considerar, tal como ha sido constatado y de manera que no puede obviarse a la hora del análisis, la existencia de un “trabajo indicado” y un “trabajo real” debido a que en lo cotidiano lo planificado debe replantearse una y otra vez. (1)

Para finalizar citamos con Ulloa a Hugo Saint Víctor, monje del siglo XII, diciendo que "aquél que está aferrado a su tierra natal, aún es tierno; aquél que hace de todo territorio propio territorio, ése es más firme; pero es perfecto aquel para quien todo el planeta es extraño" (9).

En nuestro caso permitir las condiciones que nos hagan, como trabajadores de salud, redescubrir con sorpresa y cada día como extraños nuestros pasillos, habitaciones, camas y pacientes podrá ser factor decisivo a la hora de tener a flor de piel las subjetividades propias y ajenas. De lo contrario, al igual que para Saint-Exupery, seguiremos sintiendo que “una prisión no está allí donde se trabaja con una azada...una prisión está allí donde el trabajo de la azada no tiene sentido, no vincula a quien lo hace con la comunidad de los hombres. Y nosotros queremos huir de esa prisión”. (7)

Ahora, a la distancia, quizás esta frase me permita comprender mejor por qué lo hice yo mismo, hace tantos años. Y por qué insistimos no solamente en comprender las causas sino en tratar de hallar respuestas capaces de sumar a la refluación de nuestros queridos y necesarios barcos-hospitales.

Bibliografía:

1. de Castro Lacaraz F, Sato L. Humanizacao e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. En: Deslandes, Suely Ferreira (org.). Humanizacao dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. / Organizado por Suely Ferreira Deslandes. Río de janeiro: Editora Fio Cruz, 2006
2. de Sousa Campos G. Debates - Humanização na saúde, um projeto em defesa da vida? Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005
3. Garrafa V, Albuquerque M. Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. Acta Bioethica 2001; año VII, nº 2
4. Kassirer J, Angell M. Financial conflicts of interest in biomedical research. New Engl J Med 1993; 329: 570-1
5. Morin E. La noción de sujeto. En: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Paidós, Buenos Aires:1994
6. Onocko Campos R. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. En: Salud Colectiva, pp.103-120, Spinelli (org) coleção Salud em debate da Editora Lugar, Buenos Aires, 2004
7. Sant' Anna D. Pacientes y pasajeros. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.4 , n.6, 2000
8. Testa M. El hospital, visión desde la cama del paciente, al viejo Víctor de la cama seis. En: Salud, problema y debate. Año V, N°9. Buenos Aires; 1993.
9. Ulloa F. Sociedad y Crueldad. En <http://psicomundo.com/foros/egp/sociedad.htm>