



Trabajo y Sociedad

Sociología del trabajo - Estudios culturales - Narrativas sociológicas y literarias

Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

Nº 42, Vol. XXV, Verano 2024, Santiago del Estero, Argentina

ISSN 1514-6871 - www.unse.edu.ar/trabajosociedad



Experiencias de trabajadores en la atención y cuidado en hospitales: una meta-etnografía situada en Latinoamérica¹

**Worker's experiences in healthcare process in hospitals: a meta-ethnography located in
Latin America**

**Vivências dos trabalhadores no processo de cuidado em hospitais: uma metaetnografia
localizada na América Latina**

Brenda MOGLIA*

Anahi SY**

Recibido: 05.08.2023

Aceptado: 11.10.2023



Resumen

Este artículo presenta una revisión bibliográfica sobre las experiencias de atención y cuidado de los/as trabajadores/as de hospitales públicos en Latinoamérica con el objetivo de indagar en las complejidades del trabajo en el campo de la salud. Para lo cual se desarrolló una investigación meta-etnográfica, esto es, un análisis de síntesis de investigaciones cualitativas con el propósito de producir una nueva interpretación del problema estudiado. De este modo, se conformó un corpus de 36 artículos científicos a partir de las búsquedas en las bases de BVS, PubMed, SciELO y Scopus. A partir de los estudios hallados se conformaron cuatro líneas argumentales: 1) sobre la multiplicidad de escenarios de trabajo en el hospital; 2) acerca de los procesos de atención y cuidado heterogéneos; 3) las tensiones en torno a la biomedicina; 4) las emociones emergentes en el hospital. El análisis meta-etnográfico permitió identificar patrones transversales que caracterizan al trabajo en hospitales latinoamericanos, destacando las dimensiones subjetiva y relacional como organizadores de los procesos de atención y cuidado.

Palabras clave: atención a la salud, hospitales, América Latina, revisión, investigación cualitativa.

Abstract

This article presents a literature review about the health care experiences of public hospital workers in Latin America. The objective is to investigate the complexities of work in the health field. We develop

¹ Agradecemos al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) y a la Universidad Nacional de Lanús por el respaldo institucional en el desarrollo de nuestro trabajo.

* Mg. en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Justicia y Derechos Humanos. Universidad Nacional de Lanús. Correo: brenmoglia@gmail.com

** Dra. en Ciencias. Naturales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Justicia y Derechos Humanos. Universidad Nacional de Lanús. Correo: anahisy@gmail.com

a meta-etnográfica research, that is, a synthesis analysis of qualitative research with the purpose of producing a new interpretation of the studied problem. In this way, a corpus of 36 scientific articles was formed from the searches in the bases of BVS, PubMed, SciELO and Scopus. From the studies found, four lines of argument were formed: 1) about the multiplicity of work scenarios in the hospital; 2) about heterogeneous health care processes; 3) the tensions around biomedicine; 4) the emotions emerging in the hospital. The meta-etnographic analysis allowed to identify transversal patterns that characterize the work in Latin American hospitals, highlighting the subjective and relational dimensions as organizers of the health care processes.

Keywords: healthcare, hospitals, Latin America, review, qualitative research.

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre as experiências de cuidado em saúde de trabalhadores de hospitais públicos na América Latina. O objetivo é investigar as complexidades do trabalho em saúde. Desenvolvemos uma pesquisa meta-etnográfica, ou seja, uma análise síntese da pesquisa qualitativa com a finalidade de produzir uma nova interpretação do problema estudado. Dessa forma, formou-se um corpus de 36 artigos científicos a partir das buscas nas bases da BVS, PubMed, SciELO e Scopus. A partir dos estudos encontrados, formaram-se quatro linhas de argumentação: 1) sobre a multiplicidade de cenários de trabalho no hospital; 2) sobre processos heterogêneos de atenção à saúde; 3) as tensões em torno da biomedicina; 4) as emoções que emergem no hospital. A análise metaetnográfica permitiu identificar padrões transversais que caracterizam o trabalho em hospitais latino-americanos, destacando as dimensões subjetiva e relacional como organizadoras dos processos de cuidado e atenção.

Palavras-chave: assistência à saúde, hospitais, América Latina, revisar, pesquisa qualitativa

Sumario

1. Introducción. 2. Materiales y Métodos. 3. Resultados. 3. 1. La multiplicidad de escenarios de trabajo en el hospital. 3. 2. Procesos de atención y cuidado heterogéneos. 3. 3. Tensiones en torno a la biomedicina. 3. 4. Emociones emergentes en el hospital. 4. Discusión. 4. 1. Dinámica relacional en el hospital. 4. 2. Miradas subjetivas sobre la biomedicina. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas. 7. Fuentes documentales.

1. Introducción

En general, el proceso de trabajo en los hospitales ha sido abordado a partir de sus aspectos técnicos, haciendo énfasis en una mirada utilitaria en relación a la organización y a la gestión (Ferrero, 2003). Esto ha llevado a invisibilizar una serie de procesos sociales que se dan en el marco del trabajo en salud, nos referimos aquellas dimensiones relacional y subjetiva, que también organiza y modela la atención y el cuidado² en los hospitales.

Desde la antropología, dichos procesos se constituyen como objeto de estudio de manera tardía en relación al desarrollo histórico de la misma, siendo que los hospitales no han sido de interés para la disciplina debido a que se consideraban organizaciones similares entre sí en virtud de ciertos atributos compartidos tales como la burocracia, la división de las salas, la nomenclatura médica, los códigos de vestimenta del personal o los accesorios tecnológicos (van der Geest y Finkler, 2004). Estas características dieron lugar a una apariencia de familiaridad para cualquier sector de la sociedad occidental. Además, se consideraba que los principios de la biomedicina gobernaban de manera uniforme y universal, con limitada referencia a lo local de determinado conjunto social (van der Geest & Finkler, 2004). Y, otra explicación se vincula a las dificultades de acceso a dichas instituciones, las cuales, en mayor medida, tenían que ver con la actitud defensiva de las autoridades que impedían el

² En este artículo proponemos entender el trabajo en salud en términos de procesos de atención y cuidado. Optamos por diferenciar estos dos conceptos para no invisibilizar ningún tipo de tareas y actividades que se realiza en las instituciones de salud.

desarrollo de alguna investigación (van der Geest & Finkler, 2004; Tosal Herrero, Brigidi & Hurtado, 2013).

Si bien a partir de 1950 comienzan a desarrollarse estudios sociológicos centrados en los hospitales (Parsons, 1951; Caudill, 1958; Goffman, 1961; Freidson, 1970, 1978; Foucault 1975; Carapineiro, 1993), los abordajes etnográficos son más tardíos, pudiendo citar a Foster y Anderson (1978) en su trabajo *Medical Anthropology*, donde dedican un capítulo al análisis del hospital y, el estudio etnográfico precursor realizado por Coser (1962) sobre un hospital estadounidense. La autora plantea a la sala del hospital como un espacio exótico, susceptible de ser analizada como una isla separada del continente. Sin embargo, estudios actuales sostienen que los hospitales no pueden ser pensados por fuera de la sociedad de la cual forman parte, sino que deben ser interpretados en el marco de la cultura local en la que se producen (van der Geest y Finkler, 2004). En este sentido, explican que la vida en el hospital no debe considerarse en contraste con la vida fuera del hospital, el mundo "real", sino que forma parte de la sociedad que lo integra. Van der Geest y Finkler (2004) sostiene que el hospital no debe ser entendido como una isla, sino como una parte importante del continente.

Particularmente en Argentina, encontramos un conjunto de estudios socio-antropológicos que ponen énfasis en la perspectiva de los/as trabajadores/as de la salud. Hallamos una línea de trabajo que aborda la dimensión espacio-temporal de la atención médica. García, Recoder y Margulies (2017) analizan las rutinas médico-burocráticas de la admisión y la internación de mujeres en un centro obstétrico de un hospital público así como la delimitación de espacios y las secuencias y jerarquías temporales en el pasaje del *afuera* hacia el *adentro* del hospital. Este trabajo se basa en considerar a la institución como “proceso en el que las relaciones se construyen, se cuestionan, se mantienen y se transforman permanentemente” (García, Recoder y Margulies, 2017: 394).

Por su parte, Ferrero (2003) indaga en el procedimiento de asignación de turnos para dar cuenta de cómo operan los planos de temporalidad dentro de un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. La autora señala que la interacción social es el momento en que “(...) se crean, negocian y redefinen significados, conocimientos y actividades futuras” (Ferrero, 2003: 166). A partir de la categoría de *trabajo ritualizado*, Ferrero (2003) indaga, tomando como caso el otorgamiento de turnos la importancia que asume el tiempo como organizador de la agenda médica y de la espera de quienes se atienden y, las formas sociales de regularlo con respecto a las normas de la institución.

Ambos trabajos se focalizan en el análisis de prácticas de atención médica cotidianas en donde el objeto de estudio se centra en la dimensión social del encuentro entre trabajadores/as y población que asiste a la institución. En este caso, apuntamos a recuperar el punto de vista del/de la trabajador/a para analizar aquellos aspectos subjetivos y relacionales que aportan a la organización de la atención y el cuidado en el hospital y la manera en que éstos regulan el trabajo en salud.

Por su parte, referentes latinoamericanos del campo de la salud colectiva plantean que las organizaciones de salud, como los hospitales, son instituciones definidas por su complejidad (Testa, 1997), donde las relaciones que el/la trabajador/a del hospital establece con su trabajo, sus compañeros, sus superiores inmediatos, con los/as usuarios/as o con la organización en general, son fundamentales para la comprensión de la forma en que se produce salud en dichas instituciones (Merhy, 2006; Sousa Campos, 2009). En este sentido, los vínculos y el diálogo (dimensión relacional) constituyen insumos para el trabajo cotidiano. Otro punto relevante en la producción de cuidado, identificado por los referentes de la salud colectiva, refiere a la dimensión subjetiva ya que en la atención a la salud-enfermedad hay un cruce de subjetividades directamente implicadas (Franco y Merhy, 2011; Sousa Campos, 2006).

La noción de cuidado propuesto desde la salud colectiva permite visualizar ambas dimensiones. Ayres (2018) desarrolla dicho concepto vinculado a la humanización de la atención. El autor plantea al cuidado como un encuentro terapéutico humanizado donde la intervención apunta ir más allá de lo técnico y busca permeabilizar/flexibilizar la denominada normatividad morfofuncional dominante en el paradigma biomédico (Ayres, 2018). En sus palabras el cuidado refiere a “...esa conformación humanizada del acto asistencial...” (Ayres, 2018: 124). Este encuentro tiene una dimensión dialógica donde el profesional intenta salirse de su discurso tecnocientífico y escuchar al usuario bajo un auténtico interés y deseo en dicha acción, es decir, el cuidado se asocia a un poder escuchar y un

hacerse escuchar (Ayres, 2018). Esto deriva en que el cuidado es un modo de acogimiento del otro y, además, una responsabilidad en la relación con el otro (Ayres, 2018). En el mismo sentido, Merhy (2016) plantea al cuidado como un encuentro entre un trabajador de la salud o equipo y un usuario o grupo de usuarios de su servicio, es decir, entre actores sociales, de los cuales unos expresan o portan una necesidad de salud (demanda) y otros se encuentran como portadores de un cierto saber-hacer tecnológico, productor de cuidado en salud. Este encuentro se dirige a la recuperación de su *modo de andar la vida*. En este caso, hacemos referencia a la propuesta conceptual centrada en el cuidado como acontecimiento que involucra múltiples maletines tecnológicos, los cuales se representan como *cajas de herramientas* (Merhy, 2002, 2016). El autor refiere a tres maletines: el de las tecnologías blandas, vinculas a las relaciones que se dan entre los sujetos; el de las tecnologías blandas-duras, correspondientes a los saberes científicos y, el de las tecnologías duras, que constituyen los remedios, los aparatos manuales y equipos físicos. Cada uno de estos maletines expresa un producto singular y, dependiendo de cómo se relacionen entre sí, definirá el sentido social del acto en salud, es decir, si se da en términos de construcción de acogimientos, vínculos y responsabilidades o no (Merhy, 2016).

En este sentido, proponemos un abordaje analítico del hospital a fin de centrarnos, no tanto su estructura determinada y constituida, sino en sus trabajadores y sus prácticas de atención y cuidado, bajo el supuesto de que al interior de las organizaciones de salud operan diferentes planos que emergen sobre la estructurada dada, constituida y preexistente. De esta forma, se configura una dinámica de escenarios que se superponen y descomponen cotidianamente en los procesos de atención y cuidado. Asimismo, en estos últimos involucran encuentros entre actores/sujetos que habilitan relaciones de diferentes intensidades para la producción de salud y, en este sentido, operan de manera superpuestas a sistema normativo, organizado y estructurado (Franco y Merhy, 2009). Franco y Merhy (2011) explican, entonces, que existe un modo singular de producción del cuidado, bajo el supuesto que quienes trabajan actúan de forma diferente, no siguen un patrón y, el usuario del servicio de salud, también, plantea una atención/cuidado diferencial. Si bien señalan que se presenta una estandarización de las actividades de los/as trabajadores/as, ésta influye de forma restringida en las formas de atención ya que "...cuando se encuentran en situación de trabajo, en relación con el usuario, son ellos mismos los que, en acto, definen cómo se realiza ese cuidado" (Franco y Merhy, 2011: 10). Trabajo vivo en acto constituye el "sustrato sobre el cual la producción de los actos de salud va ocurriendo" (Franco y Merhy, 2009: 186). Se da en el momento de la interacción entre los sujetos, lo cual no puede superponerse un modelo rígido y estereotipado de producción de salud (Merhy, 2006)

En este artículo se propone indagar en las experiencias de trabajo en salud, particularmente lo que refiere a una dimensión relacional y subjetiva, por medio del análisis de la producción científica que aborda las experiencias de atención y cuidado de los/as trabajadores/as³ de hospitales, identificando aspectos comunes entre países de Latinoamérica y priorizando el análisis de dimensiones subjetiva y relacional. Este trabajo forma parte de una investigación meta-etnográfica que tuvo lugar entre los meses de marzo de 2019 y septiembre de 2020, como parte de la tesis de maestría⁴ de la primera autora, con la dirección de la segunda.

2. Materiales y métodos

Nos basamos en la propuesta metodológica de la meta-etnografía, o también llamada meta-síntesis cualitativa (Cassuli Matheus, 2009; Sandelowski et al., 1997). Se trata de un tipo de producción cualitativa que apunta a la integración de hallazgos procedentes de estudios empíricos. En este caso, nos basamos en el modelo establecido por Noblit y Hare (1988), quienes explican a la meta-etnografía como un abordaje que va más allá del análisis de los datos de los estudios seleccionados, buscando una síntesis integrativa de estos últimos basándose en el paradigma interpretativo (aspecto que la distingue

³ Cabe aclarar que la categoría de trabajador/a es entendida como un conjunto heterogéneo donde se incluyen sujetos que pertenecen a distintas profesiones y ocupaciones que trabajan en hospitales.

⁴ Moglia B. (2020). Procesos de atención y cuidado desde la perspectiva de los trabajadores: una meta-etnografía en hospitales públicos de Latinoamérica. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Fecha entrega: 22-09-2020; de aprobación: 2-11-2020)

del meta-análisis). En términos generales, la meta-etnografía consiste en la comparación sistemática de investigaciones cualitativas y su traducción para la construcción de interpretaciones a partir de un análisis de carácter inductivo (Noblit & Hare, 1988). Estos autores plantean un recorrido en siete fases que no adoptan un sentido lineal, sino más bien superpuesto al momento de llevar a cabo el análisis. Dichas etapas son:

- (a) Identificación de un problema de investigación que orienta la revisión.
- (b) Delimitación de los estudios relevantes a incluir y/o excluir.
- (c) Lectura crítica y exhaustiva de los estudios para identificar los núcleos temáticos.
- (d) Determinación de la forma en que se relacionan los estudios a fin de poder demarcar similitudes, diferencias o líneas de argumentos entre los mismos.
- (e) Traducción de los artículos a partir de la identificación de sus núcleos temáticos y de las relaciones establecidas anteriormente.
- (f) Síntesis de las traducciones de los estudios como un todo.
- (g) Redacción de la síntesis.

El desafío de esta metodología es elaborar un guión o línea argumental que va más allá de los argumentos centrales de cada texto en particular. En ese sentido, para que ello sea posible, la correcta delimitación del corpus de artículos para su análisis es central.

La estrategia de identificación de los artículos científicos a seleccionar para el análisis parte de la búsqueda en las siguientes bases de datos: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Scopus y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se trata de servicios de indización que contienen una diversidad de enfoques en sus artículos y cierta consistencia y homogeneidad en su formato. En ese sentido además seleccionamos sólo aquellos documentos que responden a la estructura de un artículo científico. Si bien, esto implicó dejar de lado otro tipo de literatura como libros o capítulos de libro u otras presentaciones de la investigación como puede ser actas en congresos o jornadas, no podemos dejar de advertir que la forma predominante de producción y circulación del conocimiento científico en general -y las ciencias sociales no son la excepción- es el formato de artículo.

Los términos libres a utilizar en las búsquedas fueron combinados de diferentes formas, en inglés, en plural (si correspondía), bajo el operador lógico “and”, a través del campo de búsqueda de “Title/Abstract” (según corresponda en cada base) y sin filtro (Tabla 1).

Tabla 1. Búsqueda de artículos científicos en bases electrónicas BVS, PubMed, SciELO y Scopus. Agosto, 2019.

Bases de datos	Términos de búsqueda/Términos libres	Campos de búsqueda	Cantidad de artículos científicos
BVS	“healthcare delivery”; Ethnography; Hospital “Health workers”; Experience; Hospital Cualitative; Hospital; Sudamérica “hospital care”; qualitative; “health workers” “hospital care”; “health workers”	Título, resumen y asunto	517
PubMed	“health care wokers”; Ethnography Hospital; Latinoamerica; Workers “Health workers”; Experience; Hospital “hospital care”; qualitative Hospital; “health workers”; qualitative	Título y resumen	695

SciELO	“care practices”; “health professionals”; Hospital “health workers”; Experiencie; Hospital Latin America; Hospital “hospital care”; qualitative Hospital; “health workers”; qualitative	Resumen	298
Scopus	Cualitative; Hospital; Sudamérica “health care”; Ethnography; Hospital; América “care practices”; Workers; Hospital Hospital; “health workers”; qualitative “hospital care”; Ethnography	Título, resumen y palabras clave	792
Total			2302

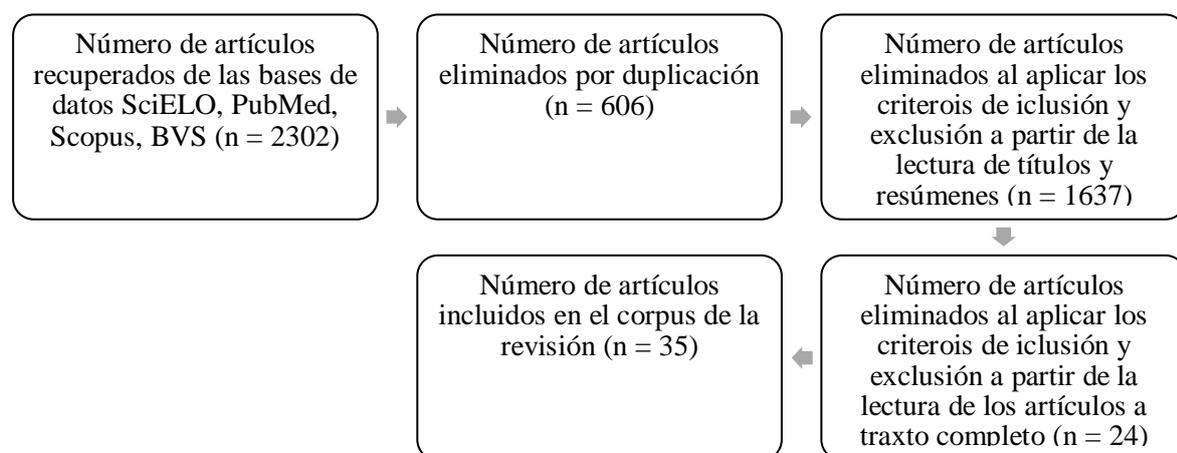
Fuente: elaboración propia.

En la conformación final del corpus se seleccionaron aquellos textos que cumplieron con los criterios de inclusión definidos. Estos fueron que: a) sean artículos científicos, a fin de que el corpus de análisis tenga cierta homogeneidad para la comparación; b) utilicen abordaje metodológico cualitativo centrado en la perspectiva de los/as trabajadores/as, sin realizar, a priori, ningún recorte referido a quién específicamente incluir en dicha categoría y permitiendo que sea construida a partir del corpus y; c) su trabajo de campo se desarrolle en hospitales geográficamente ubicados en América Latina. Estos dos últimos criterios constituyen los recortes temáticos que configuran el problema de investigación.

Se descartaron los artículos que: a) no desarrollaron trabajo de campo (revisiones, editoriales, abordajes teóricos); b) no se pudieron recuperar a texto completo y c) abordaron procesos de atención y cuidado en hospitales monovalentes de salud mental, ya que consideramos que dichas instituciones tienen otras singularidades que conllevan que otro tipo de abordaje.

La aplicación de dichos criterios se realizó en dos momentos: en el primero, se llevó a cabo el recorte geográfico y en el segundo, se verificaron los restantes criterios. En caso de no ser suficiente, se leyeron de manera completa para decidir la inclusión o no (Figura 1).

Figura 1. Flujograma del proceso de selección de las referencias bibliográficas que conforman el corpus de investigación.



Fuente: elaboración propia

3. Resultados

A partir del proceso de búsqueda y selección quedaron un total de 35 artículos científicos⁵, de los cuales la mayoría refirieron a estudios desarrollados en Brasil. Asimismo, se hallaron investigaciones realizadas en Colombia, Ecuador, México y Argentina.

En este caso los resultados estuvieron orientados hacia la construcción de líneas de argumentos en función de recuperar las distintas experiencias de los/as trabajadores/as en los hospitales con respecto a los procesos de atención y cuidado. Al respecto cabe aclarar que los artículos analizados incluyen profesionales del sector médico, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de fisioterapia, de fonoaudiología, de nutrición, de odontología y de terapia ocupacional.

Las líneas argumentales identificadas son cuatro: 1) la multiplicidad de escenarios de trabajo en el hospital; 2) procesos de atención y cuidado heterogéneos; 3) tensiones en torno a la biomedicina y 4) emociones emergentes en el hospital. A continuación desarrollamos los argumentos.

3. 1. La multiplicidad de escenarios de trabajo en el hospital

Roy Soto (2015) define a los escenarios de trabajo como las diferentes configuraciones laborales donde se desenvuelven e interactúan los/as trabajadores/as, y, sobre los cuales se desarrollan prácticas, relaciones de poder y de comunicación, siendo los contextos para la construcción de subjetividades en el trabajo. En estos escenarios se “(...) posicionan a los actores sociales en un espacio particular de recursos para obtener reconocimiento dentro del sistema social, desde el cual dar sentido a su experiencia de trabajo” (Roto Soy, 2015: 202). Asimismo, dicho concepto es planteado como punto de partida para la sistematización de procesos sociales y subjetivos vinculados al trabajo y constituye un marco de análisis de las condiciones concretas de trabajo (Soto Roy, 2015). En los textos revisados se reconocieron diferentes modos de nombrar, con sentidos semejantes, lo que nosotras categorizamos como escenarios de trabajo: *condiciones de trabajo*, *ambiente de trabajo*, *cotidiano del trabajo*, y *ambiente institucional*⁶. Tales escenarios imprimen ciertas *condiciones de trabajo*, esto es aquello que los/as trabajadores/as reconocen como características recurrentes que influyen en su trabajo: la insuficiencia de profesionales y de materiales, los bajos salarios, las formas de contratación flexibles, las prolongadas jornadas y el exceso de tareas o el *clima de tensión* (Arenas-Monreal et al., 2004; Fernandes Morais et al., 2018; Formozo & Oliveira, 2010; Littike & Sodré, 2015; Luna-García et al., 2015; Rosado et al., 2015). Entre estas características, la tercerización laboral es identificada como un problema para los/as trabajadores/as de los hospitales colombianos y brasileños. En el primer país, se da en términos más acentuados, constituyéndose como una forma de contratación que otorga “contratos a corto plazo, sin vinculación a la seguridad social, lo que genera alta rotación debido a los pocos beneficios, incentivos y la demora en los pagos” (Molina-Marín et al., 2013: 138). Mientras que en Brasil la tercerización implica la contratación externa de personal por parte del gobierno federal, con el fin de aliviar la demanda y aliviar la escasez de trabajadores/as (Littike & Sodré, 2015). Sin embargo, la tercerización lleva a una gran carga a nivel financiero para el propio hospital, sin resolver el problema para el cual se realiza y además, en algunos casos, dicho modo de contratación genera conflictos entre los/as trabajadores/as debido a las diferencias implicadas entre las formas de contratación, tal como la carga de trabajo, la remuneración, las licencias, entre otras (Littike & Sodré, 2015). En Colombia, donde el modelo de flexibilización laboral rige fuertemente en los hospitales, los/as trabajadores/as caracterizan ciertas situaciones como violentas, y generadas como parte del sistema de salud (Luna-García et al., 2015): “El hecho de no pagar el salario, eso ya de entrada es violento, va en contra de una política de equidad (...) ¡Ah, y como no vino a trabajar porque no tenía para el bus entonces mañana le clavo 3 fines de semana!, ¡eso es violencia!” (Luna-García et al., 2015: 411).

Otro de los problemas identificados por los/as trabajadores/as es la falta de camas, la presencia de estructuras físicas inadecuadas y el hacinamiento, configurando debilidades y fragilidades en el

⁵ El corpus documental están citas en su totalidad en el apartado 7. Fuentes documentales.

⁶ En letra cursiva se señalan categorías nativas de nuestro corpus documental así como categorías a resaltar.

espacio de trabajo para el desarrollo de una atención y un cuidado que consideran como adecuada (Alves Souza et al., 2018; Amaral et al., 2010; Luz et al., 2016; Molina-Marín et al., 2013; Rocha, Souza y Teixeira, 2015; Rosado et al., 2015). Esto se evidenció principalmente en los servicios de obstetricia, donde las médicas y enfermeras señalaron que no es posible generar un ambiente de privacidad y acompañamiento para las pacientes (Busanello et al., 2011): “Lo ideal es tener un acompañante. Pero hay varios problemas que enfrentar. Primero, tiene que ser completamente individual e independiente. La ordenanza del Ministerio de Salud muestra que el paciente debe tener privacidad y comodidad. Aquí, no tenemos, por lo tanto, no se permiten compañeros” (Busanello et al., 2011: 220).

Asimismo, los/as trabajadores/as reconocen la ausencia de espacios de autocuidado debido a la dinámica cotidiana o a la falta de políticas (Arenas-Monreal et al., 2004; Cardoso et al., 2013). Dichos espacios, entendidos como grupos de reflexión sobre las dificultades, ansiedades o sentimientos (Cardoso et al., 2013) o como espacios donde puedan acceder a una revisión médica (Arenas-Monreal et al., 2004), no están garantizados, como así tampoco el tiempo de descanso, que termina siendo acordado entre los/as compañeros/as: “...se supone que por cada día tendría derecho de dos horas y hay veces que sí me tomo las dos horas, otras veces no, ni una hora pero es variado porque no está reglamentado en qué momento, a quién y si no estás, quién va a estar y si cuando no estás pasa algo qué significa” (Arenas-Monreal et al., 2004: 330). De esta forma, aparecen acuerdos, arreglos o consensos implícitos en la organización del trabajo en los hospitales, tratando de hacer frente al desgaste psíquico y/o físico de los/as trabajadores/as a través de lo no normado o lo informal. En ese sentido, los escenarios no solo refieren al trabajo que está normado sino también a aquellas acciones que tienen lugar de manera implícita, ambas necesarias para que la institución del hospital funcione.

Al igual que el espacio, el tiempo es central para pensar en la conformación de los escenarios de trabajo debido a que se termina constituyendo como una limitación para ofrecer una atención donde el/la trabajador/a pueda acercarse y conocer al usuario/a (Alves Souza et al., 2018). En el sector de enfermería de un hospital de Brasil, se observó que rechazan el diálogo o se genera de manera rápida debido al ritmo de trabajo que deben cumplir (Formozo & Oliveira, 2010). En relación a esto tiene lugar la naturalización del *no parar*, es decir, de un trabajo sin pausas, que termina siendo el fundamento de los/as trabajadores/as para evitar la construcción de vínculos (Rocha, Souza y Teixeira, 2015). Al mismo tiempo, se encuentran en un estado constante de atención y vigilancia, principalmente en servicios como los de urgencias o terapias donde la posibilidad de intensificar el trabajo es elevada en relación con otros servicios (Rocha, Souza y Teixeira, 2015). Esto es asociado por los/as trabajadores/as a un *ambiente o cotidiano de trabajo* que desgasta físicamente: “El proceso de trabajo se ha reflejado en dolor muscular, columna vertebral y dolor de cabeza que no sentía antes” (Rosado et al., 2015: 3025) y psicológicamente: “...a veces trabajas solo, trabajas al límite, sabes que no puedes prestar atención a lo que debes dar a todos (...), que sos uno. Esto es algo que me molesta un poco...” (Rocha, Souza y Teixeira, 2015: 854).

Aunque algunos de los/as trabajadores/as señalaron aspectos “positivos” sobre el trabajo en los hospitales, vinculados con el bienestar y la satisfacción que les genera (Rosado et al., 2015), la mayoría remite a los escenarios de trabajo como obstáculos de lo que podría ser una *mejor* atención y cuidado, donde se sienten reconocidos o legitimados por parte de la institución, donde genera rispideces entre compañeros/as llevando incluso a procesos de atención y cuidado desarticulados.

3. 2. Procesos de atención y cuidado heterogéneos

En los estudios analizados, las experiencias de los/as trabajadores/as también refieren a distintos tipos de prácticas de atención y cuidado vinculadas entre sí y, a determinadas representaciones de cómo deberían ser las mismas, esto es lo que los/as trabajadores/as nombran como *atención ideal*.

Los actores señalan, principalmente, las siguientes prácticas: hospitalizar, entendida como la *estancia hospitalaria* (Molina-Marín et al., 2013); diagnosticar, que refiere a la delimitación de síntomas, *certezas o respaldo* que se observan e identifican con una determinada enfermedad (Acosta et al., 2018); tratar o dar tratamiento, tiene que ver con una serie de decisiones y acciones en torno al modo de atención específico de acuerdo a la patología y; por último, comunicar, que es una práctica

que se define a partir de un contexto, un mensaje e interlocutores (Aredes et al., 2018). A pesar de que estas cuatro prácticas se separan en términos analíticos, en los hospitales se articulan entre sí y pueden darse de manera simultánea. Además, se puede identificar ciertas prácticas diferenciales según la profesión, en ese sentido, si bien los/as enfermeros/as reconocen procedimientos técnicos, también registran la importancia de su rol en la orientación de las familias que acompañan a los/as pacientes internados/as (Formozo & Oliveira, 2010; Santos et al., 2013). Lo contrario sucede en el sector médico, ellos/as toman las decisiones finales en torno a la hospitalización, el diagnóstico y el tratamiento. En estas prácticas están implicadas las maneras en que se comunican los/as trabajadores/as, las cuales no se dan sin conflictos, sino que está atravesada por *ruidos* (Cardoso et al., 2013; Costa & Abrahão, 2018; Klossowski et al., 2016; Littike & Sodré, 2015) generados a partir de un modelo de comunicaci3n vertical y burocrático. Dichos ruidos constituyen una forma de comunicar que determina que el trabajo sea fragmentado y que, muchos de los/as trabajadores/as no se conozcan, los servicios no se comuniquen y que los/as profesionales no est n al tanto de la realidad del territorio en el que trabajan o el resultado de sus acciones (Klossowski et al., 2016). Tal como se muestra en la comunicaci3n entre enfermeros/as y médicos/as: “Con enfermería, observamos que tenemos relaciones muy duras. Aquí y en varios hospitales, la enfermera está tomando un papel muy imperativo y muy agresivo con el médico” (Azevedo et al., 2017: 1997). El sector de enfermería describe que no se sienten valorados/as o, incluso aún, se dan situaciones donde directamente no se perciben como parte de un equipo de trabajo (Cardoso y Silva, 2010; Palmer, 2014).

En cuanto a las representaciones de los/as trabajadores/as sobre c3mo debería ser la atenci3n y el cuidado en el hospital, se refieren a un *tratamiento global*, una *atenci3n integral* o *humanizada* (Busanello et al., 2011; Silva et al., 2011). Esta última es entendida a partir de una serie de principios: el reconocimiento del usuario como sujeto de derechos, la garantía de la privacidad, la confidencialidad, el consentimiento informado y el respeto (Busanello et al., 2011). En otras palabras, consiste en: “(...) mucho más que un artificio, una técnica o simplemente una intervenci3n, significa fortalecer las relaciones interpersonales, que permiten a los trabajadores reconocer la interdependencia y complementariedad de sus acciones” (Busanello et al., 2011: 220). La humanizaci3n se situ3, principalmente, en los servicios de obstetricia, paliativos y cr3nicos (Aguiar et al., 2013; Busanello et al., 2011; Cardoso et al., 2013; Silva et al., 2013; Silva et al., 2011), donde los/as trabajadores/as señalan el requerimiento de sensibilidad y capacitaci3n, como así también de reconocimiento y valorizaci3n en el contexto del hospital (Cardoso et al., 2013). En los servicios de obstetricia, la humanizaci3n termina siendo difícil de lograr (Aguiar et al., 2013; Busanello et al., 2011; Silva et al., 2013): “Para tener una asistencia ideal, antes que nada, tenemos que tener una estructura ideal, algo que no tenemos. Y, por supuesto, a veces, todo lo que defiende el Ministerio de Salud, dentro de nuestra realidad, no es viable. Como es el caso con la presencia de la familia. Tenemos que analizar qué es lo mejor por el momento” (Busanello et al., 2011: 221). Dicha *estructura ideal* refiere a garantizar las condiciones de privacidad, intimidad y acompañamiento necesarios (Silva et al., 2013; Silva et al., 2011) y, también, el abandono de prácticas perjudiciales o inadecuadas en la asistencia del parto vinculadas con el uso violento e indiscriminado de tecnologías que resultan en altas tasas de cesáreas y dolor iatrogénico (Aguiar et al., 2013; Silva et al., 2013). En este sentido, la humanizaci3n implica no solo una reestructuraci3n sino también, un cambio en las actitudes de los/as trabajadores/as (Silva et al., 2011). En los servicios paliativos, los/as trabajadores/as buscan aliviar el dolor a través del control de síntomas ante la falta de posibilidad de cura del paciente y bajo la prioridad de aliviar malestares psicol3gicos y espirituales del usuario (Cardoso et al., 2013). Asimismo, señalan como importante la preservaci3n de la autonomía del/de la paciente a fin de fortalecer la relaci3n con el equipo de salud: “Creo que tienen que tener autonomía, deben ser respetados. Por ejemplo, en el caso de este paciente (...)  qu n soy yo para obligarla a someterse a esta cirugía? (...) Lo que dependía del equipo de salud se hizo, ahora depende de ella. Creo que tenemos que respetar eso. Es un derecho” (Cardoso et al., 2013: 1137). Por último, observamos que padecimientos como el dolor cr3nico *impone la humanizaci3n del terapeuta*, es decir, que ante ciertas enfermedades los/as trabajadores/as reconocen la insuficiencia de los protocolos de atenci3n y cuidado y la necesidad de flexibilizarlos en relaci3n al cotidiano, a la integraci3n y la propia existencia del enfermo (Silva & Santos, 2006).

Esta descripción de las prácticas y las representaciones de los/as trabajadores/as nos permiten mostrar la heterogeneidad de miradas que están implicadas en la atención y el cuidado en los hospitales. En ese sentido, se presentan procesos de diferenciación y marcación de un nosotros con respecto a otros y lo que podría ser analizado como identidades profesionales.

3. 3. Tensiones en torno a la biomedicina

Las experiencias de los/as trabajadores/as en los hospitales están atravesadas por un conjunto de conocimientos científicos, que en los artículos llaman *modelo o paradigma biomédico*, *biomedicina* o *conocimiento hegemónico*. Este saber se fundamenta en: a) una morfología o anatomía humana; b) una fisiología o dinámica vital humana; c) un sistema de diagnóstico; d) un sistema de intervenciones terapéuticas; e) una doctrina médica (Camargo Jr., 2005), que orienta el pensamiento y los fundamentos de la medicina y, organiza, en cierta medida, los procesos de atención y cuidado en los hospitales. En los estudios se identificaron tres aspectos vinculados con la biomedicina: en primer lugar, los usuarios son atendidos cuando hay signos biológicos/físicos que evidencian enfermedad en alguna parte de su cuerpo, de forma tal de identificar problemas orgánicos en un cuerpo físico (Amaral et al., 2010). En ese orden, el *paradigma biomédico* posee una estructura cuyos contenidos son primordialmente biológicos y orientan una atención direccionada a un tipo de patología (Cardoso et al., 2013). Esta perspectiva fue observada en distintas situaciones donde el/la trabajador/a diagnostica una enfermedad o, da cuenta de algún fallecimiento. En este caso, apuntan a explicaciones *objetivas*, apoyándose en las condiciones del cuerpo físico. En la lógica biomédica se trata de *domesticar* a la muerte: "...la lesión fue mucho más fuerte que el paciente, él peleó, peleó, peleamos, pero la enfermedad fue mucho más fuerte que él" (Aredes et al., 2018: 9). Esta forma de respuesta hacia la muerte niega el proceso social y cultural que implica, simplificando los sentidos y los significados asociados a ésta (Aredes et al., 2018; Rocha, Souza y Teixeira, 2015).

En segundo lugar, en el hospital domina una visión mecánica del cuerpo sin subjetividad, sin intenciones, sin deseos, la cual imposibilita la atención integral y reproduce la construcción de modos de cuidado centrados en procedimientos (Klossowski et al., 2016). Asimismo, la mayoría de los/as profesionales consideran que los/as pacientes no deben opinar sobre su proceso de atención y cuidado (Silva et al., 2013) y, que su lugar es secundario a la enfermedad. Esta mirada construida acerca del/la paciente potencia el *poder médico*, llevando incluso a establecer lógicas clasificatorias según el grado de colaboración o de cumplimiento del tratamiento (Silva et al., 2011). En general, domina una representación del paciente como *carente de habilidades de comprensión* y, en algunos casos, es considerado como *no colaborativo* al no cumplir con las indicaciones de la autoridad médica (Aguiar et al., 2013). Bajo dichos presupuestos, se justifican las acciones violentas (amenazas, aumentos de voz, conductas rípidas):

"(...) he dicho también: '¡No grites, sino no voy a venir a verte! ¡Si continúa, dejaré de hacer lo que estoy haciendo ahora!' (...) Porque quería intentar llamar la atención sobre su colaboración en el trabajo de parto. Nunca iba a hacer eso porque nunca lo hice, dejar al paciente solo en la habitación. Esta es una... Es una forma de 'coerción', una forma de tratar de 'disuadir' a [los pacientes] (...) Disuadir, no, ya sabes. Intenta que (...) [los pacientes] colabore más" (Aguiar et al., 2013: 2291).

Estas *conductas necesarias del trabajo* están legitimadas en el ejercicio de la autoridad profesional. Si bien en algunos casos son percibidas y nombradas como violencias, también son banalizada por los/as trabajadores/as, restándole importancia e indicando que en realidad no tienen la intención de llevarlas a cabo (Aguiar et al., 2013).

Por último, el *modelo biomédico* impone una serie de dogmas que son considerados por los/as profesionales, mayormente, médicos/as como *la verdad*. Asimismo, en los servicios de atención se prioriza a los aspectos biomédicos, quedando lo psicosocial secundario. Esto implicó tensiones entre los actores a partir de la falta de reconocimientos de los/as psicólogos/as y trabajadores/as sociales como parte de un equipo de salud y su poco poder de decisión en los procesos de atención y cuidado

con respecto a los/as médicos/as: “Ellos [el equipo médico] nos llaman por situaciones difíciles, familias disfuncionales, falta de aceptación del tratamiento, violencia doméstica” (Brage y Vindrola-Padros, 2017: 95). Este conjunto de trabajadores/as discuten sobre la forma de trabajo de los/as médicos/as (principalmente), sostienen que el biologicismo es insuficiente y limitado a ciertos momentos del proceso de atención y cuidado (Acosta et al., 2018). Y, ante el intento de modificar o incluir otras miradas en el trabajo en salud, los/as trabajadores/as, sin importar de qué disciplina se trate, señalan su preocupación por posibles *represalias* por parte de compañeros/as al acercarse hacia alternativas por fuera del modelo biomédico. En este sentido, plantean la necesidad de formación en determinados problemas sociales, tales como las violencias, que se observan de forma recurrente en los servicios de atención con apoyo de los gestores con cargos jerárquicos de manera de legitimar su intervención (Acosta et al., 2018; Lima et al., 2010). Además, tampoco hay protocolos clínicos específicos para atender dichas problemáticas ni una estructura física adecuada para su atención en los hospitales, obstaculizando aún más otro tipo de abordaje por fuera de la biomedicina.

3. 4. Emociones emergentes en el hospital

Si bien las emociones no tienen un lugar destacado en los análisis realizados por los/as autores/as de los artículos analizados, si bien en nuestra lectura transversal de todos ellos emergen como una dimensión relevante, asociada a las experiencias de los/as trabajadores/as al describir su cotidianeidad en el hospital. En este sentido, buscamos definir y dar lugar a esta dimensión invisibilizada en la mayoría de los estudios, siendo que a través de las emociones, los sujetos comunican y explican situaciones, relaciones y posiciones morales dentro del hospital. La emoción es entendida como una “herramienta a poner en circulación en el contexto de la interacción social. Un insumo para conocer el mundo del otro” (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2019: 306). Según Lutz (1988), las emociones y sus significados están “(...) fundamentalmente estructurados por sistemas culturales particulares y medios ambientes sociales y materiales también particulares” (en Bourdin, 2016: 67). Sirimarco y Spivak L’Hoste (2019) señalan, a partir de los aportes de los estudios antropológicos clásicos de las emociones, tres aspectos a tener en cuenta en el análisis de las emociones. En primer lugar, el hecho que las emociones constituyen interpretaciones de un determinado grupo social involucradas en el cuerpo, por lo tanto no deben ser entendidas como un objeto de análisis individual e independiente del mundo social (Mauss, 1979; Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2019). En segundo lugar, las emociones se tratan de pensamientos encarnados, es decir, que no se oponen al pensamiento y que para comprender su sentido y significado tienen que ser analizadas en vinculación a prácticas y/o discursos (Bolaños Florido, 2016). Y, por último, las emociones siempre se expresan por alguien y se dirigen hacia alguien determinado, siendo vehículos de distintos modos de relacionarse (Sirimarco & Spivak L’Hoste, 2019).

En los artículos, los/as trabajadores/as remiten a *experiencias afectivas o emocionales o reacciones emocionales* ante determinadas situaciones de insatisfacción laboral y de sufrimiento (Cardoso & Silva, 2010; Lopes et al., 2007; Luz et al., 2016). En casos como el trabajo de enfermería en el servicio de laboratorio es vivido como una molestia, donde el deseo apunta a cambiar de dicha unidad debido a la falta de adaptación o desvalorización por parte de otros/as trabajadores/as (Lopes et al., 2007):

“Entonces, porqué te encargas del material de lavado (...) de la suciedad, de esas cosas contaminadas. Así que no eres tan bueno como el que hace medicamentos, que trabaja en la industria. Podemos notar esa diferencia. Ellos critican nuestro trabajo como si fuera una cosa pequeña (...) Sentimos eso. Cuando alguien pregunta, ¿qué hay de ti, dónde estás? ¡Oh! ¿Pero en el centro material? ¿No había otro lugar? Nos sentimos discriminados como si fuera un pequeño servicio” (Lopes et al., 2007: 680).

En relación a dichas situaciones de falta de reconocimiento, la discriminación emerge como problema entre los/as profesionales, descrita por ellos/as como una forma de violencia que se da en distintos niveles en el hospital: entre los profesionales médicos y los profesionales no médicos; entre los que pertenecen a la planta estable del hospital y los que no; entre mujeres y varones (Luna–García

et al., 2015). En ese marco, los/as enfermeros/as expresan *sentimientos de stress* ante las relaciones con sus superiores (Palmer, 2014) y un *clima de hostilidad* en el cotidiano del servicio (Arenas-Monreal et al., 2004).

Otras situaciones de insatisfacción laboral, asociadas a miedos, ansiedades y molestias, están dadas por los accidentes con material biológico: “En mi trabajo, estoy expuesto a muchos riesgos laborales [biológicos, químicos, ergonómicos, etc.], así como a mi lado emocional debilitado por las injusticias, la negligencia, la falta de respeto hacia los pacientes, así como las relaciones entre profesionales no armoniosos” (Rosado et al., 2015: 3027) o, las condiciones concretas de trabajo: “Y lo que me molesta a veces es que no puedes ayudar a un paciente debido a la falta de equipos o recursos o porque a veces realmente no tienen nada que hacer. Te sientes impotente al no poder ayudar, porque no depende solo de las personas” (Baasch & Laner, 2011: 1103).

Las situaciones de sufrimiento y muerte experimentadas por los/as trabajadores/as constituyen otro marco de desarrollo de emociones vinculadas a la angustia, la frustración y la impotencia. En mayor medida, estos eventos se pueden observar en servicios de atención paliativos o de terapias, en los cuales los usuarios tienen pocas posibilidades de sobrevivencia o carecen de éstas (Cardoso et al., 2013; Luz et al., 2016): “(...) así que al principio era muy pesado, las primeras veces, cuando vine aquí y comencé a tratar con un paciente de oncología, fue muy angustiante, sufrimos mucho al principio (...). Y admitir que no tienes nada más que hacer. Se trata de impotencia” (Cardoso et al., 2013:1138).

A partir de estas situaciones de dolor, sufrimiento y muerte, los/as trabajadores/as construyen mecanismos o procedimientos defensivos, que son nombrados metafóricamente como *callosidad profesional*, *armadura* o *desensibilización*, que consiste en una indiferencia hacia las vivencias que generan un compromiso emocional, a través de la toma de distancia con los/as pacientes (Amaral et al., 2010; Luz et al., 2016; Rocha, Souza y Teixeira, 2015). Estos procesos recurrentes pueden generar un desgaste emocional, que consiste en un proceso gradual donde los sujetos implicados terminan por perder energía y donde el ambiente laboral pasa a estar regido por valores económicos, en detrimento de los humanos (Rocha, Souza y Teixeira, 2015).

En una proporción menor, se identificaron *placeres* que los/as trabajadores/as experimentan a partir del sentirse útil o de brindar ayuda hacia otro (Lopes et al., 2007; Rocha, Souza y Teixeira, 2015; Rosado et al., 2015): “Vale la pena mencionar ese reconocimiento, combinado con el valor simbólico contenido en la sensación de ser útil para contribuir a revertir la enfermedad de los usuarios” (Rosado et al., 2015: 3025). Asimismo, en una investigación realizada en un hospital en Ecuador sobre los entornos de trabajo de enfermería, se pudo identificar que las razones de sentirse satisfecho no solo recae en el propósito de ayudar a los pacientes, sino también en un *ambiente positivo* y en la posibilidad de contar con una *educación continua* en el hospital (Palmer, 2014).

Como ya se indicó esto no es lo que prevalece en el corpus analizado y por el contrario, las referencias hacia situaciones de malestar en el espacio del hospital son las que se destacan. Se observa que el/la trabajador/a de un determinado servicio tiene deseos e intenciones que se expresan en tensión entre lo que se puede hacer, lo que se desea y lo que se debe hacer. Esto último vinculado a emociones emergentes en el cotidiano y corporizadas en las quejas y los deseos de los/as trabajadores/as que llevan a dichos sujetos a una producción singular de la salud.

4. Discusión

Este trabajo polemiza con la mirada epidemiológica clásica de los sistemas y servicios de salud, que han establecido indicadores cuantitativos como relevantes a la evaluación de los servicios de salud, calidad de atención y problemáticas que atiende el hospital. A partir del análisis meta-etnográfico propuesto fue posible identificar patrones transversales que caracterizan al trabajo en hospitales latinoamericanos y construir una interpretación basada en las experiencias de los/as trabajadores/as de la salud que nos permitió desarrollar las líneas argumentales exploradas anteriormente. Además, el valor de la aproximación meta-etnográfica radica en la producción de datos que trascienden los resultados singulares presentes en los artículos científicos, sin perder de vista tales singularidades. En ese sentido es posible establecer interpretaciones de alcance más general basadas en las experiencias de los sujetos estudiados, que discutiremos a continuación tomando como referencia

los estudios socio-antropológicos y de la salud colectiva sobre la organización de la atención y cuidado médico.

4. 1. Dinámica relacional en el hospital

A lo largo de la presentación de los resultados observamos distintas relaciones que los/as trabajadores/as encarnan y al mismo tiempo, configuran los procesos de atención y cuidado. En primer lugar, con el trabajo en sí, el cual se caracteriza por la insuficiencia de profesionales, de materiales y de equipos, los bajos salarios, las contrataciones flexibles, las prolongadas jornadas y el exceso de tareas (Arenas-Monreal et al. 2004; Fernandes, Nery, & Filho 2018; Formozo & Oliveira 2010; Littike & Sodré 2015; Luna-García et al. 2015; Rosado, Russo & Maia 2015). La investigación de García, Recoder y Margulies (2017) señalan que los/as trabajadores/as identifican su espacio de trabajo como *las trincheras*, haciendo referencia a que su ejercicio profesional se da en un contexto de escasez de recursos, de deterioro del instrumental y de imprevisibilidad en el accionar de la institución, donde se siente el *abandono* de las autoridades. Esto guarda relación con lo hallado en el corpus, donde el *ambiente/cotidiano de trabajo* se caracteriza como conflictivo, vinculado a un modo de trabajo cuya modalidad está regulado por grados de intensidad, que varían en cada servicio pero que, en general, mientras se trabaja se tiende a *no parar*. Los/as trabajadores/as remiten a los escenarios de trabajo como obstaculizadores de lo que consideran que deben ser para lograr una atención y cuidado adecuados. En este sentido, quienes trabajan lo hacen bajo la lógica *hago lo que puedo con lo que tengo*. En simultáneo refieren que trabajar *solos y al límite* significa escenarios de trabajo donde no se sienten reconocidos o legitimados por parte de la institución. Los miedos, ansiedades y molestias se configuran ante dichos escenarios de trabajo que se traducen como reclamos a la autoridad o al equipo de gestión y relaciones conflictivas.

Con respecto a la relación hacia los/as usuarios/as, Crivos (1988) describe la relación médico-paciente como *inversión de la relación de servicio*, donde el hospital pasa de estar al servicio del enfermo a tratarlo como un paciente que se encuentra al servicio del hospital. García, Recoder y Margulies (2017) explican que el ingreso al *mundo médico-institucional* implica la adopción de términos técnicos y la pérdida de privacidad del cuerpo para entregarse a las intervenciones médicas, instaurando un nuevo orden de verdad. Este proceso guarda relación con el modelo de intervención médica propuesto por Friedson (1978) en su análisis sobre la profesión médica, el cual plantea que el sector médico entiende el problema del usuario como técnico y por lo tanto, puede ser superado a través de acciones/intervenciones físicas o bioquímicas, suponiendo que puede ser curado. En este sentido, el paciente debe colocarse pasivamente en manos de los/as trabajadores/as. Este proceso se identificó en aquellas prácticas donde predominan las decisiones del sector médico, como *diagnosticar* y *tratar*, en donde se deja de lado no solo al usuario/a, sino también a los/as profesionales no-médicos. Según nuestros hallazgos, los/as psicólogos/as y trabajadores/as sociales señalan que no tienen un rol decisor en los procesos de atención y cuidado y que no son vistos como parte integral del equipo (Brage & Vindrola-Padros, 2017), siendo consultados cuando hay circunstancias no abordables ni problematizados desde el paradigma biomédico. Además, se observó que las formas de organización de los procesos de atención y cuidado responden a la división del trabajo (Friedson, 1978), donde se diferencian aquellas prácticas realizadas por el sector de enfermería en donde se desempeñan como intermediario entre pacientes-médicos/as, de las prácticas exclusivamente asociadas con el sector médico del hospital, tales como *diagnosticar* y diseñar el *tratamiento*. En este sentido, Friedson (1978) refiere que la medicina ha impuesto un orden en torno a las otras profesiones que la rodean, y actúan bajo petición de los médicos, siendo subordinadas. Teniendo en cuenta los resultados y, a pesar de que ha habido cambios en los hospitales, la decisión que más pesa es la que el sector médico establece. Por eso, cuando describimos en qué consiste hospitalizar a una persona hay que pensar que, a pesar de determinadas autonomías en el ejercicio de la práctica de enfermería o de otras profesiones, las decisiones en torno a la hospitalización son definidas primariamente por el/la médico/a. Esto se puede observar también en las prácticas vinculadas al diagnóstico de la enfermedad y tratamiento, ya que termina siendo el sector médico el que termina dominando.

De esta forma, se destacan las prácticas de atención y cuidado vinculadas a lo relacional, como la escucha, el diálogo y el acompañamiento, que asociamos a lo que Kleinman y van der Geest (2009)

denominan como *actos éticos clínicos*. Estos se evidenciaron principalmente en profesionales no médicos, es decir, enfermeros/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales, donde se pudo observar que muestran acciones de aproximación o acercamiento hacia los pacientes (Araújo et al., 2018). De esta forma, ciertos sectores reconocen como prácticas la escucha y no meramente la realización de procedimientos técnicos. En este sentido, establecen *diálogos* con los/as usuarios/as, así como con otros sectores, configurando vínculos y acuerdos para la producción de actos de salud en el hospital.

Esta dinámica relacional coincide con el estudio de Crojethovic (2010), donde describe las dinámicas organizacionales en hospitales públicos. Esta autora ha asociado al ambiente de incertidumbre y desprotección laboral con *condiciones de precariedad*, las cuales impactan en los servicios de atención y cuidado. La autora explica que dichas condiciones de precariedad ha llevado a que los sujetos moldeen las normativas institucionales por fuera de su marco, dando lugar a lo que denominó *iniciativas no regladas*, las cuales funcionan como un elemento organizador de los hospitales (Crojethovic, 2010). Y que, a su vez, produce un círculo vicioso donde quienes trabajan hacen lo posible para que el hospital funcione sin colapsar, pero al mismo tiempo reproducen y sostienen las situaciones de precariedad que hacíamos referencia más arriba en el texto. Esto se pudo observar en los acuerdos implícitos que se dan en el hospital para organizar los horarios de descanso, por ejemplo, los cuales se deben negociar entre los/as compañeros/as para que puedan llevarse a cabo.

Desde la micropolítica de la organización, Franco y Merhy (2009, 2016) explican que dicha dinámica organizacional en hospitales implica que, al interior de las organizaciones de salud, operan diferentes planos que emergen sobre la estructura dada, constituida y preexistente, los cuales hacen posible el funcionamiento de las instituciones. En esos planos aparece lo implícito, lo no estructurado, es decir, aquellas normas, iniciativas y acciones que emergen de lo prescriptivo y lo formal debido a su falta o ausencia. Esto permite, según los autores, encuentros entre actores/sujetos que habilitan relaciones de diferentes intensidades para la producción de salud y, en este sentido, posibilita la acción de aquellos (Franco & Merhy, 2009). Estas acciones no son actos congelados en el espacio-tiempo del hospital sino que se los entiende como un proceso dinámico, que se modifica y está atravesado por tantos intereses como actividades en torno a los procesos de atención y cuidado. Por eso, Franco y Merhy (2009) recomiendan el análisis de los sujetos y sus acciones cotidianas para comprender cómo se produce la atención y el cuidado y, a su vez, resaltan que por medio del trabajo van produciendo el mundo en el que se insertan y así mismos en procesos de subjetivación (Franco & Merhy, 2009).

Estas cuestiones nos conducen a plantear que los procesos de atención y cuidado deben ser pensados en la complejidad del escenario de trabajo en que ocurren, teniendo en cuenta tanto que los hospitales no se organizan, solamente, por normas y leyes que rigen desde el plano formal sino también desde una dimensión relacional y en contextos de precariedad laboral. Esta complejidad no responde a escenarios de trabajo caóticos, como algo externo a los sujetos, como algo que la institución impone, sino que manifiestan como códigos socialmente establecidos, no organizados, compartidos y corporizados en la práctica cotidiana dentro del hospital.

4. 2. Miradas subjetivas sobre la biomedicina

Considerando la biomedicina como racionalidad dominante en los hospitales, nos interesa distinguir aquellos procesos de conformación subjetiva, que involucran factores socioculturales orientadores de los modos de pensar, sentir y actuar y, además, vinculados a la apropiación y reflexión de dichos modos en relación a las particularidades contextuales de cada sujeto (Farreta, 2017). Ortner (2006) señala que existen contracorrientes subjetivas que coexisten con las formaciones culturales hegemónicas y constituyen los fundamentos para la crítica y el cuestionamiento del mundo. En este sentido, los/as trabajadores/as pueden encarnar plenamente la cultura dominante, o también refiere que puede no darse así (Ortner, 2006). La autora explicita que esto último no implica que los sujetos queden *fuera de la cultura*, ya que esto no es posible, sino que implica pensar en términos de “...una conciencia plenamente cultural...” (Ortner, 2006: 148), multidimensional y reflexiva. En este sentido, incorporamos el concepto de la medicina como forma simbólica, es decir, “...como un medio de experiencia, un modo de compromiso con el mundo. En un medio dialógico, de confrontación, de interpretación, de conflicto y, a veces, de transformación” (Good, 2003: 166). De esta forma,

entendemos que algunos/as trabajadores/as experimentan distintas incomodidades a partir del saber biomédico, que actúan ante determinados problemas y no otros.

Menéndez (1998, 2015), además de pensar a la biomedicina como modelo, la describió y analizó como una forma de atención y un saber cambiante y modificable. La biomedicina, como todo sistema médico, forma parte de un sistema sociocultural y, como tal, configura prácticas y representaciones. La biomedicina se expresa de manera diferente y cambiante a lo largo del tiempo, no es homogénea ni inmutable, lo cual lleva a generar avances vinculados a la eficacia médica pero también se debe pensar en limitaciones. Estas son reconocidas por ciertos trabajadores/as en torno, principalmente, a las dificultades para explicar ciertos padecimientos y reconocen la necesidad de formarse para dar abordaje a los mismos, siendo desde el paradigma biomédico limitado (Acosta et al., 2018; Lima et al., 2010). Tampoco hay protocolos clínicos específicos para atender dichas problemáticas ni una estructura física adecuada para su atención en los hospitales. Además, la división de trabajo descrita anteriormente, donde se configura la dominancia del paradigma biomédica conlleva la contracara de producir angustia, frustración e impotencia en aquellos que representan y defienden prácticas de atención diferentes o alternativas a aquellos modelos.

Estas exigencias son las mismas que relata Valderrama (2013) en su investigación etnográfica sobre la conformación de servicios paliativos tomando a los profesionales de medicina y enfermería como punto de partida para reflexionar en torno a la práctica asistencial. Dichos actores consideran que esta última se había vuelto poco operativa para una demanda cuya curación, en muchos casos, no era posible y requerían de una transformación en la forma de atender, donde la atención debería estar centrada en la persona enferma y su familia (Valderrama, 2013).

En este sentido, la mirada subjetiva sobre la biomedicina resulta fundamental de problematizar en términos de un proceso de reflexividad que trabajadores/as realizan e influye en los procesos de atención y cuidado.

5. Conclusiones

Esta revisión bibliográfica centrada en un análisis de los hospitales a partir de las experiencias de sus trabajadores/as nos permitió hacer hincapié en una dimensión subjetiva y relacional que también se configuran los procesos de atención y cuidado. Las líneas argumentales construidas nos llevan a plantear que estos últimos involucran, no solo un saber técnico especializado, sino también una red de relaciones establecidas en el ámbito institucional, que van a delimitar y modelizar los vínculos y las características que adquiere la atención.

Además, observamos que los procesos de atención y cuidado superan la racionalidad biomédica, y ponen en juego, en simultáneo, normas institucionales y subjetividades en el espacio de trabajo. Particularmente, dimos cuenta de las limitaciones de la biomedicina y de la necesidad de pensar otras racionalidades o epistemologías (además de la biomedicina) que estén atentas a las demandas de salud hoy en el contexto del hospital.

Este trabajo constituye un punto de partida para profundizar en los siguientes puntos que consideramos vacantes a partir del análisis del corpus. Este último no permitió una aproximación a ciertos actores que son parte del colectivo de trabajadores/as en los hospitales, tales como el sector de camilleros, administración o maestranza. Al respecto surge la pregunta si dichos actores responden o no a las representaciones sociales que los/as investigadores/as se hacen sobre quienes trabajan en un hospital. Tal vez no se abordaron porque son sectores invisibilizados, que si bien consideramos que ocupan lugares claves en los procesos de trabajo, no se terminan de asociar con la categoría de trabajador/a. Asimismo, nos preguntamos sobre las organizaciones de representación gremial, que tampoco aparecen como actores significativos en el hospital. Otra ausencia vinculada al corpus refiere a los países representados en este último. Si bien esto puede deberse a las particularidades del proceso de construcción del corpus documental, llamamos la atención sobre la ausencia de determinados países latinoamericanos y creemos que existen otros factores que intervienen en los contextos de producción académicas.

6. Referencias bibliográficas

- Ayres, J. R. C. M. (2018). El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En: Paiva V, Ayres JRCM, Capriati A, Amuchástegui A, Pecheny M. (Ed.). Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos. Temperley: TesseoPress.
- Bolaños Florido, L. P. (2016). El estudio socio-histórico de las emociones y los sentimientos en las Ciencias Sociales del siglo XX. *Revista de Estudios Sociales*, 55, ISSN 178-191. <https://doi.org/10.7440/res55.2016.12>
- Bourdin, G. L. (2016). Antropología de las emociones: Conceptos y tendencias. *Cuicuilco Revista De Ciencias Antropológicas*, 23(67), 55-74.
- Camargo Jr., K. R. de. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(suppl), 177-201. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>
- Carapinheiro G. (1993). Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento.
- Cassuli Matheus, M. C. (2009). Metassíntese qualitativa: Desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe1), 543-545. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000800019>
- Coser, R. L. (1962). *Life in the ward*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos De antropología Social*, 18, 165-183. <https://doi.org/10.34096/cas.i18.4590>
- Foster, G. M. & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.
- Foucault M. (1975). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Trans. A.M. Sheridan-Smith. New York: Vintage Press.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5(2), 181-194.
- (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>
- Freidson E. (1970). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- García, M.G., Recoder, M. L. & Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colectiva*. 13(3):391-409.
- Goffman E. (1961). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.
- Mauss, M. (1979). A expressão obrigatória dos sentimentos. En *Marcel Mauss. Antropología* (Cardoso de Oliveira R, pp. 325-335). Ática.
- Menéndez, E. L. (1978). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, 37-67.
- (2015). Las enfermedades ¿ son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención" paralelas" y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3): 301-330.
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- (2016). El cuidado es un acontecimiento y no un acto. En Franco TB, Merhy EE (Ed.) *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative studies*. Sage Publications.
- Parsons T. (1951). *The social system*. Glencoe: Free Press. Caudill, 1958
- Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. (1997). Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in nursing & health*, 20(4), 365-371.
- Sirimarcó, M., & Spivak L'Hoste, A. (2019). Antropología y emoción: Reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstáculos epistemológicos. *Horizontes Antropológicos*, 25(54), 299-322. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832019000200012>

- Soto Roy, Á. (2015). Escenarios del trabajo, una aproximación a la heterogeneidad del trabajo contemporáneo en Latinoamérica. *Revista de Estudios Sociales*, 51, 198-212. <https://doi.org/10.7440/res51.2015.15>
- Sousa Campos, G. W. de. (2006). *Gestión en salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2009). *Método paideia: Análisis y co-gestión de colectivos*. Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997). Análisis de Instituciones Hipercomplejas. En: Merhy, E., Onocko, R. (coord.) *Praxis en Salud: Un Desafío para lo Público*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar.
- Tosal Herrero B., Brigidi, S. & Hurtado, I. (2013). Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales. En: Romaní O., editor. *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: URV.
- Van der Geest S. & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*. 59(10): 1995–2001.

7. Fuentes documentales

- Acosta, D. F., Gomes, V. L. de O., Oliveira, D. C. de, Marques, S. C., & Fonseca, A. D. da. (2018). Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: Estudo com abordagem estrutural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>
- Aguiar, J. M. de, d'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11), 2287-2296. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>
- Alves Souza, G., Giacomini, K., Souza Aredes, J., & Firmo, J. O. A. (2018). Comunicação da morte: Modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), e280324. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280324>
- Amaral, R. A., Wagner Moraes, C., & Tagliaro Ostermann, G. (2010). Cuidando do cuidador: Grupo de funcionários no Hospital Geral. *Revista de Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(2).
- Araújo, B. B. M. D., Pacheco, S. T. D. A., Rodrigues, B. M. R. D., Silva, L. F. D., Rodrigues, B. R. D., & Arantes, P. C. C. (2018). Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27.
- Aredes, J. de S., Firmo, J. O. A., & Giacomini, K. C. (2018). A morte que salva vidas: Complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00061718>
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R., & Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46, 4.
- Azevedo, C. da S., Sá, M. de C., Cunha, M., Matta, G. C., Miranda, L., & Graboys, V. (2017). Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: Uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1991-2002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016>
- Baasch, D., & Laner, A. dos S. (2011). Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl 1), 1097-1105. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700041>
- Baggio, M. A., & Erdmann, A. L. (2016). The occurrence of the care 'of us' in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.
- Brage, E., & Vindrola-Padros, C. (2017). An ethnographic exploration of the delivery of psychosocial care to children with cancer in Argentina. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.002>
- Busanello, J., Kerber, N. P. da C., Mendoza-Sassi, R. A., Mano, P. de S., Susin, L. R. O., & Gonçalves, B. G. (2011). Atenção humanizada ao parto de adolescentes: Análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 824-832. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500004>

- Cardoso, D. H., Muniz, R. M., Schwartz, E., & Arrieira, I. C. de O. (2013). Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 1134-1141. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>
- Cardoso, G. B., & Silva, A. L. A. da. (2010). O processo de trabalho na enfermagem: Articulação das tecnologias do cuidado. *Rev. enferm. UERJ*, 18(3), 451-455.
- Costa, M. A., & Abrahão, A. L. (2018). O processo de trabalho no arquivo médico: Novas perspectivas na produção do ato de cuidar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1211-1219. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.06292016>
- Fernandes Moraes, A. T., Nery, A. A., Filho, S. A. M., Moraes, R. L. G. L., Oliveira, J. da S., & Oliveira, Y. N. S. (2018). Feelings experienced by health workers in occurrence of accidents with biological material. *Rev. Paul. Enferm. (Online)*, 29(1/3), 56-67.
- Formozo, G. A., & Oliveira, D. C. de. (2010). Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 230-237. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200010>
- Klossowski, D. G., Godói, V. C. de, Xavier, C. R., & Fujinaga, C. I. (2016). Assistência integral ao recém-nascido prematuro: Implicações das práticas e da política pública. *Revista CEFAC*, 18(1), 137-150. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>
- Lima, M. A. G. de, & Trad, L. A. B. (2011). Circuloterapia: Uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis (Rio J.)*, 21(1), 217-236. LILACS.
- Lima, M. L. C. de, Souza, E. R. de, Lima, M. L. L. T. de, Barreira, A. K., Bezerra, E. D., & Acioli, R. M. L. (2010). Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: Uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2677-2686. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600006>
- Littike, D., & Sodr e, F. (2015). A arte do improviso: O processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3051-3062. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00042015>
- Lopes, D. F. de M., Silva, A., Garanhan, M. L., & Merighi, M. A. B. (2007). Ser trabalhador de enfermagem da Unidade de Centro de Material: Uma abordagem fenomenológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 675-682. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400019>
- Luna-García, J. E., Urrego Mendoza, Z., Gutiérrez Robayo, M., & Martínez Durán, A. (2015). Violencia en el trabajo en el sector público de la salud: Una visión desde las personas trabajadoras. Bogotá, Colombia 2001-2012. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 407-417. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.51027>
- Luz, K. R. da, Vargas, M. A. de O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 67-71. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>
- Medeiros, J. D. V., & Jorge, M. S. B. (2000). Situa o de um serviço de saúde pública de Fortaleza: realidade vivenciada pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 555-563.
- Molina-Marín, G., Oquendo-Lozano, T., Arango-Castrillón, A., & Flórez-García, M. V. (2013). Características de servicios de pediatria que atienden ni os(as) con neumonía adquirida en la comunidad, Medellín (Colombia), 2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Oliveira, V. J., & Penna, C. M. D. M. (2017). Ethos and pathos in the delivery room. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38.
- Palmer, S. P. (2014). Nurse retention and satisfaction in Ecuador: Implications for nursing administration. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 89-96. <https://doi.org/10.1111/jonm.12043>
- Pan, R., Silva, M. T. R., Fidelis, T. L. N., Vilela, L. S., Silveira-Monteiro, C. A., & Nascimento, L. C. (2018). Conhecimento de profissionais de saúde acerca do atendimento inicial intra-hospitalar ao paciente vítima de queimaduras. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0279.
- Rocha, A. P. F., Souza, K. R. de, & Teixeira, L. R. (2015). A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: Um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 843-862. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300009>

- Rosado, I. V. M., Russo, G. H. A., & Maia, E. M. C. (2015). Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3021-3032. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>.
- Santos, T. D. dos, Oliveira Aquino, A. C. de, Pinho Chibante, C. L. de, & Espírito Santo, F. H. do. (2013). The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Invest. educ. enferm*, 31(2).
- Silva, R. C. da, Soares, M. C., Jardim, V. M. da R., Kerber, N. P. da C., & Meincke, S. M. K. (2013). O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(3), 629-636. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300008>
- Silva, L. M., & Santos, M. A. (2006). Construindo pontes: Relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, 39(3), 415. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p415-424>
- Silva, R. C., Soares, M. C., Muniz, R. M., Andrade, F. P., Torres, A. A. P., & Gomes, V. (2011). La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. *Enfermería Global*, 10(24), 0-0. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400025>