

Una aproximación metaetnográfica a la racionalidad y emotividad en los procesos de atención y cuidado en hospitales de Latinoamérica¹

A metaethnographic approach to rationality and emotionality in the health care processes in hospitals in Latin America

Brenda Moglia^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3640-5232>

E-mail: brenmoglia@gmail.com

Anahi Sy^b

 <https://orcid.org/0000-0002-1281-5333>

E-mail: anahisy@gmail.com

^aConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

^bConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Justicia y Derechos Humanos. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Los procesos de atención y cuidado de la salud-enfermedad en los hospitales se configuran en torno a diferentes dimensiones relacionales entre los actores implicados. En las sociedades occidentales se han naturalizado a estas instituciones como espacios que suponen una estructura vertical, dominada por la racionalidad biomédica. Este artículo se basa en la revisión de la bibliografía y muestra que las prácticas de atención y cuidado involucran distintos vínculos, saberes y emociones que configuran aspectos por fuera de lo normado desde la institución. El objetivo consiste en indagar en los procesos de atención y cuidado desarrollados en los hospitales de Latinoamérica, colocando el foco en las tensiones entre la racionalidad que impone la norma y las emociones que emergen en el proceso de trabajo. Para ello se realizó una metaetnografía, que permitió sintetizar investigaciones cualitativas y 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 la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed, SciELO y Scopus. Los resultados muestran que las racionalidades y las emociones intervienen como dimensiones estructurales de los procesos de atención y cuidado en los hospitales.

Palabras clave: Hospital; Metaetnografía; Racionalidad; Emociones.

Correspondencia

Brenda Moglia

Calle 140 n. 1524, La Plata, CP 1900, Buenos Aires, Argentina.

¹ Este estudio contó con recursos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Abstract

Healthcare processes that take place in hospitals are shaped around different relational dimensions between the actors involved. Western societies have naturalized these institutions as spaces of presumed vertical structure, ruled by biomedical rationality. This literature review shows that care practices entail different relations, knowledge and emotions, which configure aspects found outside the institution's standards. It investigates the healthcare processes developed in Latin America hospitals, focusing on the tensions between the rationality imposed by the norm and the emotions that emerge in the work process. For this purpose, a metaethnography was carried out to summarize qualitative research and produce new interpretations on the topic. A total of 36 scientific papers were obtained by searching the BVS, PubMed, SciELO and Scopus databases. Results show that rationalities and emotions function as structural dimensions of healthcare processes in hospitals.

Keywords: Hospital; Metaethnography; Rationality; Emotions.

Introducción

En este trabajo presentamos parte de los resultados obtenidos de una investigación metaetnográfica² desarrollada entre marzo de 2019 y septiembre de 2020. El propósito de dicho estudio consistió en indagar los procesos de atención y cuidado que tuvieron lugar en los hospitales públicos de Latinoamérica. Para ello se partió de las experiencias de sus trabajadores y se llevó a cabo un análisis comparativo de artículos científicos.

En ese marco, recortamos para el presente artículo los resultados más sobresalientes vinculados a aquellas experiencias en que se ponían en juego lo racional y lo emocional, el primero tiende a atribuirse de forma estereotipada como característica del trabajo en salud, mientras que lo emocional se invisibiliza. Nos referimos a que los autores de los artículos analizados reconocen y analizan cuestiones racionales involucradas en la atención y el cuidado, pero no sucede lo mismo con la dimensión emocional. Esta última también emerge de las experiencias de las y los trabajadoras/es de los hospitales.

Con respecto a la racionalidad, nos referimos a una forma de pensamiento lógico y teóricamente estructurado (Camargo, 2005) que orienta los fundamentos de la medicina y organiza, en cierta medida, los procesos de atención y cuidado en los hospitales. Por su parte, las emociones constituyen interpretaciones de un determinado grupo social involucradas en el cuerpo, es decir, que son pensamientos encarnados, vinculados a prácticas y/o discursos (Rosaldo, 1980, 1984). Las emociones vehiculizan distintos modos de relacionarse al tiempo que emergen de los vínculos y de las interacciones (Lutz; Abu-Lughod, 1990).

Tanto la racionalidad como las emociones atraviesan el trabajo en salud y configuran una dimensión subjetiva en la producción de cuidado (Campos, 2006; Franco; Merhy, 2011). Existe una "tensión estructurante de la práctica biomédica" entre lo profesional, el saber biomédico, la dimensión

² Este trabajo forma parte de la tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, *Procesos de atención y cuidado desde la perspectiva de los trabajadores: una meta-etnografía en hospitales de Latinoamérica* (Moglià, 2020), desarrollada bajo la dirección de la segunda autora de este artículo.

científica-racional y la dimensión humana pasional del sentir (Bonet, 1999, p. 1). Se trata de la tensión entre las exigencias de la racionalidad y prácticas biomédicas, guiadas por normas estandarizadas y protocolos, por un lado, y la experiencia vivida, con los sentimientos que emergen de esta, afrontando sucesos tan importantes como la enfermedad y la muerte.

Las instituciones de salud, como los hospitales, son complejas (Testa, 1997; Spinelli, 2010) y, por lo tanto, comprenderlas requiere la consideración no solo de aspectos técnicos, sino también simbólicos y socioculturales que la constituyen. En este sentido, un trabajo que se oriente a la revisión de lo producido en esta dimensión subjetiva del trabajo en salud resulta fundamental.

Métodos

El estudio se configuró en dos etapas: la primera se orientó a recuperar los artículos científicos que conformaron el corpus de análisis, y la segunda consistió en la implementación del análisis

metaetnográfico. Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda fueron: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Scopus y Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los citados servicios de indización contienen una diversidad de enfoques en sus artículos y cierta consistencia y homogeneidad en su formato. En ese sentido, seleccionamos solo 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.

Luego, se seleccionaron los términos libres en las búsquedas, los cuales 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 filtros (Tabla 1).

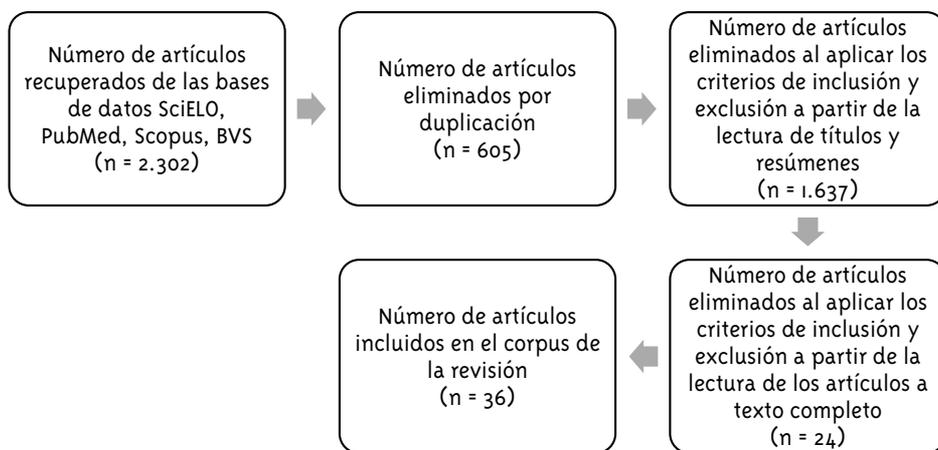
Tabla 1 – Búsqueda de artículos científicos en bases electrónicas BVS, PubMed, SciELO y Scopus. Agosto, 2019

Bases de datos	Términos de búsqueda/Términos libres	Campos de búsqueda	Cantidad de artículos científicos
BVS	“healthcare delivery”; Ethnography; Hospital “Health workers”; Experience; Hospital Qualitative; Hospital; Sudamérica “hospital care”; qualitative; “health workers” “hospital care”; “health workers” “health care wokers”; Ethnography Hospital; Latinoamérica; Workers	Título, resumen y asunto	517
PubMed	“Health workers”; Experience; Hospital “hospital care”; qualitative Hospital; “health workers”; qualitative “care practices”; “health professionals”; Hospital “health workers”; Experience; Hospital	Título y resumen	695
SciELO	Latin America; Hospital “hospital care”; qualitative Hospital; “health workers”; qualitative Qualitative; Hospital; Sudamérica “health care”; Ethnography; Hospital; América	Resumen	298
Scopus	“care practices”; Workers; Hospital Hospital; “health workers”; qualitative “hospital care”; Ethnography	Título, resumen y palabras clave	792
Total			2.302

En la conformación final del corpus se seleccionaron los textos con formato de artículo científico; que utilicen abordaje metodológico cualitativo centrado en la perspectiva de las y los trabajadoras/es, sin realizar *a priori* ningún recorte referido a quién específicamente incluir en dicha categoría y permitiendo que sea construida a partir del corpus y; que su trabajo de campo se desarrolle en hospitales públicos geográficamente ubicados en América Latina. Los dos últimos puntos

estuvieron orientados bajo el recorte temático que configura el problema de investigación. Una vez realizada la selección, se excluyeron los artículos que no desarrollaron trabajo de campo (revisiones, editoriales, abordajes teóricos) y/o que abordaron procesos de atención y cuidado en hospitales monovalentes de salud mental, ya que consideramos que dichas instituciones tienen singularidades que conllevan otro tipo de abordaje (Figura 1).

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



Con respecto a la propuesta analítica, la metaetnografía, también llamada metasíntesis cualitativa (Sandelowski; Docherty; Emden, 1997; Cassuli Matheus, 2009), 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 la propuesta de Noblit y Hare (1988), quienes explican a la metaetnografía 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 del metaanálisis). En términos generales, la metaetnografía 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 y Hare (1988) plantean el análisis con siete fases que no adoptan un sentido lineal, sino

más bien superpuesto al momento de llevarlo a cabo. Dichas etapas son:

1. Identificación de un problema de investigación que orienta la revisión;
2. Delimitación de los estudios relevantes a incluir y/o excluir;
3. Lectura crítica y exhaustiva de los estudios para identificar los conceptos principales;
4. Determinación de la forma en que se relacionan los estudios a fin de poder demarcar similitudes, diferencias o líneas de argumentos;
5. Traducción de los artículos a partir de los significados de los conceptos y de las relaciones establecidas anteriormente;
6. Síntesis de las traducciones de los estudios como un todo;
7. Redacción de la síntesis.

Resultados

El corpus final fue conformado por 36 investigaciones, las cuales fueron leídas de forma crítica y comparada entre sí, a fin de identificar

categorías nativas utilizadas, ya sea por los autores y/o por las y los trabajadoras/es. Luego, tales categorías fueron analizadas y discutidas en relación con las grandes dimensiones definidas inicialmente: racionalidad biomédica y emociones emergentes.

Tabla 2 – Características del corpus

Autores	Metodología	País
Acosta et al., 2018	Estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a 34 enfermeras y técnica de evocaciones libres realizadas a 100 enfermeras.	Brasil
Aguiar; d'Oliveira; Schraiber, 2013	Entrevistas semiestructuradas a 18 profesionales de la salud (10 obstetras, 5 enfermeras y 3 técnicas en enfermería).	Brasil
Amaral; Moraes; Ostermann, 2010	Observaciones, entrevistas individuales y grupales.	Brasil
Araújo et al., 2018	Estudio del tipo descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo, desarrollado con 15 profesionales del equipo de enfermería.	Brasil
Aredes; Firmo; Giacomini, 2018	Estudio etnográfico, observación participante y entrevistas semiestructuradas a 42 médicos.	Brasil
Arenas-Monreal et al., 2004	Estudio cualitativo, entrevistas en profundidad a 2 médicos.	México
Azevedo et al., 2017	Entrevistas semiestructuradas a 25 profesionales de la salud, observaciones a actividades asistenciales y análisis de documentos institucionales.	Brasil
Baasch; Laner Ados, 2011	Entrevistas semiestructuradas a 40 trabajadores de la salud (médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, técnicos en administración y auxiliares en enfermería).	Brasil
Baggio; Erdmann, 2016	Entrevistas semiestructuradas a 25 profesionales de la salud (psicóloga, médico, enfermeras, farmacéutica, nutricionista, fonoaudiólogo, trabajadora social).	Brasil
Brage; Vindrola-Padros, 2017	Estudio etnográfico, observación participante y entrevistas en profundidad a 5 psicólogos y 5 trabajadores sociales.	Argentina
Busanello et al., 2011	Estudio cualitativo, entrevistas semiestructuradas al sector médico y de enfermería.	Brasil
Cardoso et al., 2013	Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Entrevistas semiestructuradas a 6 profesionales de la salud (una enfermera, un nutricionista, un psicólogo, un trabajador social, un fisioterapeuta y un médico).	Brasil
Cardoso; Da Silva, 2010	Investigación descriptiva y cualitativa que usa la técnica de instrucción al doble a 18 profesionales (6 enfermeros y 12 técnicos de enfermería).	Brasil
Costa; Abrahão, 2018	Observaciones, entrevistas y registros en diario de campo.	Brasil
da Silva et al., 2013	Estudio exploratorio y descriptivo. Entrevistas semiestructuradas a 48 profesionales de la salud (7 enfermeras, 12 técnicos en enfermería, 12 auxiliares de enfermería y 17 médicos).	Brasil
dos Santos et al., 2013	Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Entrevistas abiertas a 30 personas del equipo de enfermería.	Brasil
Fernandes et al., 2018	Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Entrevistas semiestructuradas a 8 trabajadores (1 médico, 2 auxiliares de limpieza y 5 auxiliares/técnicos de enfermería).	Brasil
Formozo; de Oliveira, 2010	Investigación cualitativa. Entrevistas semiestructuradas a 20 auxiliares de enfermería y 20 enfermeras.	Brasil
Habekost Cardoso et al., 2013	Estudio descriptivo, exploratorio, con enfoque cualitativo. Entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas a 6 profesionales (una enfermera, una nutricionista, una psicóloga, un trabajador social, un fisioterapeuta y un médico).	Brasil

continúa...

Tabla 2 – Continuación

Autores	Metodología	País
Klossowski et al., 2016	Estudio descriptivo-cualitativo. Entrevistas con preguntas guías a 18 profesionales de la salud (3 trabajadores sociales, 4 enfermeras, 2 fonoaudiólogas, 2 nutricionistas, 2 psicólogos, 4 técnicos de enfermería y 1 médico).	Brasil
Lima et al., 2010	Triangulación de métodos cuanti-cualitativos. Entrevistas.	Brasil
Lima; Trad, 2011	Estudio etnográfico. Entrevistas en profundidad (con 31 profesionales de la salud) y observación participante.	Brasil
Littike; Sodré, 2015	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas.	Brasil
Lopes et al., 2007	Estudio cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a 10 auxiliares y técnicos en enfermería.	Brasil
Luna-García et al., 2015	Estudio cualitativo. Grupos focales.	Colombia
Luz et al., 2016	Investigación cualitativa. Entrevistas semiestructuradas con 18 enfermeros.	Brasil
Medeiros; Jorge, 2000	Investigación cualitativa descriptiva. Entrevistas en profundidad a 19 enfermeros.	Brasil
Molina-Marín et al., 2013	Investigación cualitativa. Entrevistas en profundidad con guion de preguntas a 28 trabajadores (9 médicos, 8 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería y 6 terapeutas respiratorios).	Colombia
Oliveira; Penna, 2017	Enfoque cualitativo interpretativo. Entrevistas semiestructuradas a 24 profesionales de la salud (médicos y enfermeros).	Brasil
Palmer, 2014	Estudio descriptivo. Encuesta cuantitativa y cualitativa a 88 enfermeras.	Ecuador
Pan et al., 2018	Estudio descriptivo, de abordaje cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a 31 profesionales de la salud (14 enfermeras, 7 médicos, 6 técnicos de enfermería, 2 fisioterapeutas y 2 auxiliares de enfermería).	Brasil
Rocha; de Souza; Teixeira, 2015	Investigación cualitativa y exploratoria. Entrevistas individuales y semiestructuradas, con preguntas abiertas a 13 médicos.	Brasil
Rosado; Russo; Maia, 2015	Estudio cuali-cuantitativo. Encuesta con preguntas cerradas y abiertas a distintos profesionales de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos).	Brasil
Silva et al., 2011	Estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo. Entrevistas semiestructuradas a 48 trabajadores de la salud (7 enfermeras, 12 de enfermería, 12 auxiliares de enfermería y 17 médicos).	Brasil
Silva; Santos, 2006	Estudio descriptivo. Sistematización de relato de experiencia de equipo multidisciplinar.	Brasil
Souza et al., 2019	Investigación cualitativa, interpretativa. Observación participante y entrevistas semiestructuradas a 43 médicos.	Brasil

Racionalidad biomédica

Las trabajadoras y los trabajadores reconocen que su formación profesional y sus prácticas en el hospital est n atravesadas por un conjunto de conocimientos científicos denominados “modelo o paradigma biomédico”; “biomedicina” o “conocimiento hegemónico”. En las investigaciones se distinguen dos características de la racionalidad biomédica que funcionan como organizadoras de la atención y el cuidado. Una de estas refiere al biologicismo como enfoque dominante en los procesos de atención y

cuidado, de forma tal que las y los trabajadoras/es identifican problemas orgánicos en un cuerpo físico (Amaral; Moraes; Ostermann, 2010). En este sentido, los usuarios son atendidos cuando presentan signos biológicos/físicos que evidencian enfermedad, y al centrarse solo en dicha dimensión parece favorecer una “fragmentación del cuidado”. Es decir, que el “paradigma biomédico” cuenta con una estructura cuyos contenidos son primordialmente biológicos y orientan una atención direccionada a un tipo de patología (Cardoso et al., 2013b). Esta perspectiva se observa cuando las y los trabajadoras/es explican

o diagnostican una enfermedad, pero también en las situaciones en que deben dar cuenta de un fallecimiento. Dichas explicaciones apuntan a la objetividad, apoyándose en las limitaciones del cuerpo físico y a aspectos meramente biológicos. Souza et al. (2018) señalan que se da un proceso de “domesticación de la muerte”, que lleva a negar el propio proceso social y cultural que esto implica, de esta forma, simplifica los sentidos y los significados asociados a esta (Aredes, Firmo; Giacomini, 2018; Rocha; Souza; Teixeira, 2015).

La otra característica refiere a que, en el hospital, domina una visión mecánica del sujeto, sin intenciones, sin deseos, lo que dificulta la atención integral y reproduce la construcción de modos de cuidado centrados en procedimientos (Klossowski et al., 2016). Para la mayoría de los profesionales, los usuarios no deberían opinar sobre su proceso de atención y cuidado (da Silva et al., 2013), y en las prácticas intervencionistas son colocados en un lugar relegado y secundario a la enfermedad. Asimismo, el mayor uso de tecnologías duras (Merhy, 2006) en los procesos de atención produce fragilidades en la relación con el usuario.

Asimismo, esta mirada construida acerca del sujeto sustenta el “poder médico”, llevando incluso a establecer lógicas clasificatorias según el grado de colaboración o de cumplimiento de sus pareceres (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). Desde este presupuesto, se justifican las acciones violentas (amenazas, aumentos de voz, conductas ríspidas):

...He dicho también: “¡No grites, sino no voy a venir a verte! ¡Si continúa, dejaré de hacer lo que estoy haciendo ahora!” (...) Porque quería 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... forma de “coerción”, una forma de tratar de “disuadir” a [los pacientes] (...) Disuadir, no, ya sabes. Intentar que (...) [los pacientes] colaboren más (Aguiar; d’Oliveira; Schraiber, 2017, p. 2291).

Estas “conductas necesarias del trabajo” están legitimadas en el ejercicio de la autoridad profesional. Si bien en algunos casos son percibidas y consideradas como violencias, también se encontraron situaciones en que las y los trabajadoras/es las banalizan, restándole importancia e indicando que en realidad no tienen la intención de llevarlas a cabo (Aguiar et al., 2013).

Por último, en el corpus se señalan las resistencias que determinados trabajadores ofrecen a la biomedicina. Ellos discuten las “certezas” impuestas por el conocimiento hegemónico como “la verdad”, reconociendo su insuficiencia en ciertos casos (Acosta et al., 2018): “Quizás mejoraría si tuviéramos más conocimiento, nos sentiríamos aún más apoyados para tomar medidas. Probablemente dé un poco de miedo (...) Miedo a represalias, miedo a que sus propios colegas digan: en qué se metió, qué dijo” (p. 6).

Si bien se pone en discusión el saber dominante, también surge la preocupación por posibles “represalias” por parte de los/las demás compañeros/as ante el acercamiento a otras alternativas fuera del modelo biomédico. Esto fomenta las relaciones “ruidosas” (Costa; Abrahão, 2018) entre médicos y profesionales psicosociales, por ejemplo, donde los últimos no se perciben como parte integral del equipo, aún menos con un rol decisor en los procesos de atención y cuidado. Dichos sectores reconocen la prioridad que adquiere el sector biomédico (Brage; Vindrola-Padros, 2017) y que, solamente son consultados cuando hay circunstancias “difíciles”: “Ellos [el equipo médico] nos llaman por situaciones difíciles, familias disfuncionales, falta de aceptación del tratamiento, violencia doméstica” (Brage; Vindrola-Padros, 2017, p. 95).

Asimismo, distintos sectores plantean la necesidad de formación en determinados problemas sociales de difícil abordaje desde la biomedicina, tales como los casos de distintos tipos de violencia (Acosta et al., 2018; Lima et al., 2010). Dichos trabajadores destacan que, a pesar de los años de formación, no han aprendido la forma de proceder ante estos (Acosta et al., 2018) y que tampoco hay protocolos clínicos específicos para atender estas problemáticas ni una estructura física adecuada para su atención en los hospitales:

El servicio en nuestra red es un servicio (...) poco dirigido a los ancianos... el usuario es atendido globalmente, no tiene un tratamiento específico para ese segmento [etario]. Puede tocar un paciente (...) que sufrió un accidente, víctima de la violencia; se atiende como si fuera una cosa rutinaria del servicio (...) no tiene un protocolo específico (Lima et al., 2010, p. 2682).

En síntesis, en los hospitales públicos la mayoría de las y los trabajadoras/es sostienen el biologicismo y una concepción mecánica del sujeto como fundamento de la atención, pero a la vez determinados sectores, menores en cantidad, los discuten. Esto muestra la disputa de poderes entre quienes trabajan y cómo se configuran las relaciones hacia quienes asisten a los hospitales.

Emociones emergentes

Las “experiencias o reacciones emocionales” se vinculan, principalmente, con situaciones de insatisfacción laboral y de sufrimiento (Cardoso; da Silva, 2010; Lopes et al., 2007; Luz et al., 2016). En algunos casos, la atención que se realiza de forma indirecta –por ejemplo, el servicio de laboratorio de los hospitales, realizado por el sector de enfermería–, es vivida como una “molestia” a partir de la falta de adaptación o desvalorización por parte de otros (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 (p. 680).

En relación con dichas situaciones de no reconocimiento, emerge la discriminación como problema entre los profesionales, resultando un ambiente de trabajo incómodo (Lopes et al., 2007) identificada como una forma de violencia

(Luna-García et al., 2015). En este caso, el sector de enfermería expresa “sentimientos de estrés” generados en el marco de las relaciones con sus superiores (Palmer, 2014), manifestando un “clima de hostilidad” en el cotidiano del servicio debido a conflictos en las relaciones entre actores de distintas jerarquías (Arenas-Monreal et al., 2004). Otras situaciones de insatisfacción laboral están marcadas por los accidentes con material biológico o las condiciones concretas de trabajo, que fueron asociadas a miedos, ansiedades y molestias (Baasch; Laner, 2011; Fernandes et al., 2018; Rocha; Souza; Teixeira, 2015; Rosado; Russo; Maia, 2015):

Las grandes limitaciones y las precarias condiciones de trabajo nos determinan ansiedad, tristeza, sensación de impotencia (Rosado; Russo; Maia, 2015, p. 3027).

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, p. 1103).

Las situaciones de sufrimiento y muerte experimentadas por las y los trabajadoras/es constituyen otro marco en que se presentan emociones vinculadas a la angustia, la frustración y la impotencia. En general, estos eventos pueden observarse en servicios de atención paliativos o de terapias, en los cuales los usuarios tienen pocas posibilidades de sobrevivencia (Cardoso et al., 2013a; Luz et al., 2016):

...Al principio fue muy difícil (...) no estamos preparados para ver a un paciente que vaya más allá de nuestro conocimiento. Parece que somos nosotros los que estamos fallando, que nos falta el conocimiento para poder asistir hasta el final de la vida (...) es muy frustrante para nosotros tener el conocimiento, tener los recursos y llegar al punto de ver que todo lo que estás haciendo, no puedes. Llega un punto que excede tu voluntad, es el límite (Cardoso et al., 2013a, p. 1138).

A partir de esas situaciones de dolor, sufrimiento y muerte, se observó que, quienes trabajan construyen mecanismos o procedimientos defensivos, que son nombrados metafóricamente como “callosidad profesional”, “armadura” o “desensibilización”, que consisten en una indiferencia hacia las vivencias que generan un compromiso emocional, a través de la toma de distancia con los usuarios (Amaral; Moraes; Ostermann, 2010; Luz et al., 2016; Rocha; Souza; Teixeira, 2015). Estos procesos recurrentes pueden generar un desgaste emocional, en que los sujetos pierden energía y donde el ambiente laboral pasa a estar regido por valores económicos, en detrimento de los humanos (Rocha; Souza; Teixeira, 2015).

Por otro lado, las y los trabajadoras/es describen que la atención y el cuidado están atravesados por determinados “placeres” vinculados con sentirse útil o brindar ayuda hacia otro (Lopes et al., 2007; Rocha; Souza; Teixeira, 2015; Rosado; Russo; Maia, 2015) y, en algunos casos, explicitan que el trabajo en salud va más allá de la cuestión económica (Baasch; Laner, 2011):

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; Russo; Maia, 2015, p. 3025).

Por supuesto, dinero (...) trabajamos por dinero, pero también tenemos que trabajar por placer. Entonces, para mí, son las dos cosas (Baasch; Laner, 2011, p. 1102).

Asimismo, se pudo identificar que las razones de sentirse satisfecho no solo recaen en el propósito de ayudar a los pacientes, sino también en un “ambiente positivo” y en el ofrecimiento del hospital a una “educación continua” (Palmer, 2014). Si bien se identificaron dichas situaciones, cabe destacar que esto no es lo que prevalece en las narrativas de las y los trabajadoras/es. Por el contrario, las referencias hacia situaciones de malestar en el espacio del hospital son las que se destacan.

Discusión

Teniendo como base las dimensiones desarrolladas previamente, este apartado se orienta

a discutir con otras investigaciones en el campo de la salud colectiva y la antropología de la salud a fin de producir otras interpretaciones posibles. De esta manera, se conformaron dos argumentos en torno al corpus: uno se refiere a las limitaciones de la racionalidad biomédica y la dinámica de cambio que se genera a partir del alejamiento de ciertos estereotipos asociados al trabajo en hospitales, y el otro argumento apunta a pensar las emociones como parte constitutiva de los procesos de atención y cuidado que, como tal, permite mostrar formas de relacionamiento entre distintos actores. Al mismo tiempo, las emociones resultan constitutivas de los propios procesos de salud-enfermedad de las y los trabajadoras/es.

La biomedicina no alcanza

Si bien la racionalidad biomédica domina en el ámbito del hospital, no interpela de igual manera a todos los sectores de trabajadores. Esto implica hacer hincapié en aquellos procesos de conformación subjetiva, donde se involucran factores socioculturales que orientan los modos de pensar, sentir y actuar. Además, tienen que ver con la apropiación y reflexión de dichos modos en relación con las particularidades contextuales de cada sujeto (Farreta, 2017). En ese sentido, Ortner (2006) señala que hay contracorrientes subjetivas que coexisten con las formaciones culturales hegemónicas, las cuales constituyen los fundamentos para la crítica y el cuestionamiento del mundo. Desde este marco explicativo, quienes trabajan en salud pueden encarnar plenamente la cultura dominante, lo cual se observa en la atención que se da en los hospitales, pero también puede no darse así. Esto no quiere decir que los sujetos queden “fuera de la cultura”, ya que esto no es posible, sino que implica entender que la racionalidad biomédica es comprendida de manera distinta por las y los trabajadoras/es, y algunos experimentan incomodidades que actúan como limitantes en la atención de determinados problemas y que llevan al cuestionamiento y críticas a dicha visión del mundo. Valderrama (2013) en su investigación etnográfica sobre la conformación de servicios paliativos observó cómo los profesionales de enfermería y medicina transformaron su forma

de atención, centrándola en la persona enferma y su familia, y no específicamente en la cura. En este sentido, entendemos que los procesos de atención y cuidado se dan de manera dinámica en los hospitales, donde la racionalidad biomédica a veces no alcanza y donde las y los trabajadoras/es pueden entrar en conflicto.

Para entender dicha dinámica, se retoma el concepto de drama social de Turner (1974), quien sostiene que es a partir de las situaciones de conflicto entre grupos de personas o sujetos, que comparten valores e intereses comunes, que irrumpe una tensión, la cual se da de forma dramática. Turner (1974) detalla que surge de la oposición de intereses y actitudes, constituyéndose, en algunos casos, lo que llamó la “forma procesual del drama”. Asimismo, resulta interesante el concepto, ya que nos permite mostrar aquellos aspectos sociales y relacionales que forman parte fundamental del trabajo en salud. Turner (1974) plantea cuatro fases constituyentes: la primera refiere a la brecha generada a nivel de las relaciones sociales cuando se rompe alguna de las normas que las regulan. El autor habla de una burla como símbolo de disidencia, en que el sujeto actúa, consciente o inconscientemente, como representante de otras partes y, por lo tanto, no se ve como un actor solitario. La segunda fase es la crisis, que tiene que ver con la expansión de la brecha en las interacciones sociales. La tercera es una fase de acción reparadora para evitar que se siga expandiendo. Estos son los mecanismos de acción y reparación llevados a cabo por sujetos que representan la estructura del sistema social alterado, ponen en evidencia la acción simbólica para reparar el drama social, ya sea volviendo al orden anterior o encontrando un equilibrio entre los grupos que se oponen (Turner, 1974). La última fase es la reintegración del grupo social o su división irreparable de dicho conjunto.

Teniendo en cuenta lo anterior, pensamos las incomodidades vividas por determinados trabajadores como tensión y conflicto a la estructura que ha ido construyendo la racionalidad biomédica. Aparece la brecha en las relaciones sociales, en especial entre trabajadores, que termina configurando una crisis dada por la confrontación a una racionalidad con normas que parecen ser obsoletas según el caso que se debe tratar. Ahora bien, ante

esta alteración social se dan mecanismos de acción y reparación, tales como las represalias generadas por otros trabajadores que encarnan y representan a la estructura. Estos pueden funcionar llevando a la reintegración de esos sujetos al grupo social o provocar una división en este último, lo cual se refleja en nuevas normas sociales, tales como las que se proponen desde la ética del cuidado (Fisher; Tronto, 1990; Tronto, 1993; Mol, 2008).

Por último, es importante destacar que estas incomodidades ponen en discusión una estructura de normas vinculadas a determinados símbolos que a su vez incitan a la acción social, ya sea en términos de reproducción de un orden social o de ruptura de ese conjunto de símbolos que implican cambios en las relaciones sociales y en los sistemas morales que guían las prácticas médicas en el hospital.

Emociones en el hospital

Con respecto a las emociones expresadas por las/ los trabajadoras/es, se mostraron casos en torno a la satisfacción generada por el trabajo y el “sentirse útil”, así como situaciones de insatisfacción, sufrimiento, discriminación y dolor. Habiendo definido las emociones como aquellas expresiones de lo sentido con respecto a determinada situación, construidas social y culturalmente, presentamos las prácticas y discursos a las que se asocian, identificando quien las expresa y hacia quien se dirige y describiendo los modos de relacionamiento específicos que se generan entre los actores involucrados en los procesos de atención y cuidado (Spivak; L’hoste, 2019). Este análisis permite observar cómo las emociones, al colocar en escena el contexto de la interacción social, pueden ser vistas como una vía de acceso al malestar/bienestar en el trabajo. Detenemos la mirada en aquellas situaciones de malestar que tienen lugar en el hospital, ya que permiten problematizar los procesos de trabajo y, además, refieren a la mayoría de las expresiones.

En primer lugar, aparecen prácticas y discursos vinculados a la desvalorización por parte del sector médico, principalmente hacia otros trabajadores, debido a la incorporación de otras racionalidades, referidas como “secundarias” con respecto a la biomedicina. Esto puede provocar el uso de

represalias discursivas por los defensores de dicho paradigma y, en ese sentido, favorecer formas de relacionarse basadas en la discriminación entre los profesionales médicos y los profesionales no-médicos o entre los que pertenecen a la planta estable del hospital y los que no (Luna-García et al., 2015), configurando un “clima de hostilidad” en la cotidianidad del servicio. En estos casos, se identifican la angustia, la frustración y la impotencia como emociones en torno a las relaciones entre las y los trabajadoras/es, principalmente entre aquellos que representan y defienden prácticas de atención diferentes o alternativas a los modelos dominantes de atención biomédica.

Otras situaciones en que surgen los malestares son en el encuentro entre quienes trabajan y los/as usuarios/as. Estas relaciones se dieron, en su mayoría, en términos de distanciamiento y se visualizó que, ante circunstancias de sufrimiento de un/a usuario/a, las y los trabajadoras/es se enfocan en llevar a cabo sus prácticas médicas sin implicar a la persona atendida. Esta “callosidad profesional” o “armadura” se constituye un armazón para hacerle frente y lograr la pretendida objetividad que la ciencia médica demanda. Esto coincide en la investigación de García, Recoder y Margulies (2017) cuando utilizan el concepto de “indiferencia afectiva” para describir al servicio de obstetricia como un espacio cerrado y protegido para los profesionales, de modo a no involucrarse con la emocionalidad y sentimientos de los acompañantes de las usuarias.

Ahora bien, estas situaciones que involucran la angustia, la frustración, la impotencia, la discriminación, el distanciamiento, los miedos, etc. ponen en evidencia que los modos de trabajar y de intervenir en los procesos de atención y cuidado están ligados a una dimensión emocional que las y los trabajadoras/es expresan en torno a las singularidades de las circunstancias. Además, entendemos que dicha dimensión es significativa con respecto al efecto o impacto que puede tener en la salud de quienes trabajan en los hospitales públicos debido al tipo de trabajo que se realiza, el lidiar con enfermedades, padecimientos y sufrimientos del otro y los modos en que tienen lugar.

Reflexiones finales

A partir de esta revisión metaetnográfica, se describieron y se analizaron las limitaciones de la biomedicina y la necesidad, de algunos trabajadores, de pensar otras racionalidades o epistemologías que estén atentas a las demandas de salud hoy en el contexto del hospital. En este sentido, aquellos sujetos formados por fuera de la ciencia biomédica (psicología, trabajo social), en su mayoría, fueron introduciendo otros conceptos, otras formas de atender, otras miradas sobre la salud-enfermedad-atención que pusieron en disputa la racionalidad biomédica no en términos de negación de los aportes de esta última, sino que se fueron centrando en la discusión y ampliación de sus prácticas y representaciones en torno a los procesos de atención y cuidado. Asimismo, resulta interesante destacar que la racionalidad biomédica genera incomodidades en determinados trabajadores, debido a la emergencia de problemas que exceden las soluciones planteadas por dicho paradigma y, por eso, ponen en marcha nuevas estrategias de atención, considerando otras voces, tanto de profesionales como de usuarios que la modifican.

Ahora bien, la racionalidad biomédica u otras tienen visibilidad en las investigaciones, no tanto las emociones que las y los trabajadoras/es expresan. Las emociones constituyeron una dimensión emergente del corpus que nos permitió preguntar sobre su importancia en el proceso de atención y cuidado. Desde nuestra perspectiva, y considerando que los hospitales son espacios de padecimientos, sufrimientos, muertes, curas y salvaciones, las emociones son una dimensión ineludible. Una explicación sobre la ausencia de esta dimensión de manera explícita en los análisis puede estar relacionada con la visión del hospital como un espacio donde se busca explicaciones racionales y objetivas desde la ciencia médica, donde se va gestionando una supuesta separación con lo emocional, ya que dicha dimensión no estaría legitimada en los discursos y prácticas biomédicas. Sin embargo, las emociones emergen en quienes trabajan allí, y es profundizar

en cómo experimentan las y los trabajadoras/es sus propios procesos de salud-enfermedad. De esta manera, señalamos que, al momento de pensar en procesos de atención y cuidado, se pone en juego racionalidades que parecen dominar las emociones, de forma que estas últimas quedan por fuera del proceso como si no fueran parte del trabajo médico. Sin embargo, observamos que las emociones atraviesan y constituyen a las y los trabajadoras/es, forman parte de su construcción subjetiva como sujetos que habitan hospitales públicos y van más allá de estos. En este sentido, sostenemos que tanto la racionalidad como la emoción son características estructurales de los procesos de atención, dimensiones fundamentales para comprender las particularidades y características de los procesos de atención y cuidado en los hospitales.

Referencias

ACOSTA, D. F. et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: Estudo com abordagem estrutural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.61308

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00074912

AMARAL, R. A. D.; MORAES, C. W.; OSTERMANN, G. T. Cuidando do cuidador: Grupo de funcionários no Hospital Geral. *Rev. SBPH*, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 270-285, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200009>.

Acesso em: 8 mar. 2022.

AREDES, J. S.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. O médico diante da morte no pronto socorro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 42, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/PrzvZB655663M3pkP8x7vDQ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

ARENAS-MONREAL, L. et al. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 46, n. 4, p. 326-332, 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/106/10646406.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

BAASCH, D.; LANER, A. S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1097-1105, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700041

BONET, O. Saber e Sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999. DOI: 10.1590/S0103-73311999000100006

BRAGE, E.; VINDROLA-PADROS, C. An ethnographic exploration of the delivery of psychosocial care to children with cancer in Argentina. *European Journal of Oncology Nursing*, Bethesda, v. 29, p. 91-97, 2017. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.05.002

CAMARGO JR., K. R. D. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supp., p. 177-201, 2005. DOI: 10.1590/S0103-73312005000300009

CAMPOS, G. W. S. *Gestión en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Santa Catarina, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013a. DOI: 10.1590/S0104-07072013000400032

CARDOSO, D. H. et al. Care delivery in the terminality: Difficulties of a multidisciplinary team in hospital care. *Avances en enfermería*, Bogotá, v. 31, n. 2, p. 83-91, 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002013000200009&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 8 mar. 2022.

CARDOSO, G. B.; SILVA, A. L. A. D. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-455, 2010. Disponível em:

- <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570272>>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- CASSULI MATHEUS, M. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 543-545, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/vzwkDtfHR9JNY4xLMcpCtPN/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- COSTA, M. A.; ABRAHÃO, A. L. O processo de trabalho no arquivo médico: Novas perspectivas na produção do ato de cuidar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1211-1219, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018234.06292016
- FERNANDES, A. T.; NERY, A. A.; FILHO, S. A. M. Feelings experienced by health workers in occurrence of accidents with biological material. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 29, n. 1-3, p. 56-67, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970760>>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- FISHER, B.; TRONTO J. Toward a Feminist Theory of Care. In: ABEL, E. K.; Nelson, M. K. (Eds.) *Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives*. Albany: State University of New York, 1990. p. 35-62.
- GARCÍA, M. G.; RECODER, M. L.; MARGULIES, S. Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 13, n. 3, p. 391-409, 2017. DOI: 10.18294/sc.2017.1150
- KLOSSOSWSKI, D. G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: Implicações das práticas e da política pública. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016. DOI: 10.1590/1982-021620161814515
- LIMA, M. A. G., Trad, L. A. B. Circuloterapia: Uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 217-236, 2001. DOI: 10.1590/S0103-73312011000100013.
- LIMA, M. L. C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: Uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2677-2686, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000600006
- LOPES, D. F. M. et al. Ser trabalhador de enfermagem da Unidade de Centro de Material: Uma abordagem fenomenológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 675-682, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mQR4HChj8q6HKhQbVYhyjCv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 8 mar. 2022.
- LUNA-GARCÍA, J. E. et al. Violencia en el trabajo en el sector público de la salud: una visión desde las personas trabajadoras. *Revista de la Facultad de Medicina*, Bogotá, v. 63, n. 3, p. 407-417, 2015. DOI: 10.15446/revfacmed.v63n3.51027
- LUTZ, C.; ABU-LUGHOD, L. *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: University Press, 1990.
- LUZ, K. R. et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 67-71, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690109i
- MERHY, E. E. *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- MOL, A. The logic of Care. Health and problem of patient choice. London: Routledge, 2008.
- NOBLIT, G. W.; HARE, R. D. *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative studies*. Newbury Park: Sage Publications, 1988.
- ORTNER, S. Geertz, subjetividad y conciencia posmoderna. *Etnografías contemporáneas*, Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 25-54, 2005.
- PALMER, S. P. Nurse retention and satisfaction in Ecuador: Implications for nursing administration. *Journal of Nursing Management*, Hoboken, v. 22, n.1, p. 89-96, 2014. DOI: 10.1111/jonm.12043

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. A. saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: Um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300009

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.13202014

ROSALDO, M. *Knowledge and passion: Ilongot notions of self and social life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

ROSALDO, M. Toward an anthropology of self and feeling. In: SHWEDER, R. A.; LEVINE, R. A. (Ed.) *Culture theory: essays on mind, self, and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 137-157.

SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Focus on qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in nursing & health*, Hoboken, v. 20, n. 4, p. 365-371, 1997. DOI: 10.1002/(sici)1098-240x(199708)20:4<365::aid-nurg>3.0.co;2-e

SILVA, R. C. et al. La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. *Enfermería Global*, [s.l.], v. 10, n. 24, p. 331-341, 2011. Disponível em: <<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/enfermeria2.pdf>>. Acesso em: 8 mar.

SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto; Contexto - Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 629-636, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/fMr8DMm3MWKd9jHVJP6skGG/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

SOUZA, G. A. et al. Comunicação da morte: Modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-19, 2018. DOI: 10.1590/S0103-73312018280324

SPINELLI, H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 6, n. 3, p. 275-293, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/scol/2010.v6n3/275-293/es/>>. Acesso em: 8 mar. 2022.

TESTA, M. Análisis de Instituciones Hipercomplejas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.) *Praxis en Salud: un Desafío para lo Público*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1977. p. 11-70.

TRONTO, J. *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.

TURNER, V. *Social Dramas and Ritual Metaphors*. In: *Dramas, Fields and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. London: Cornell University Press, 1974. p. 23-59.

VALDERRAMA, M. J. La escucha del sufrimiento en la relación clínica. In: MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A.; MASANA, L.; DI GIACOMO, S. M. (Ed.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. Porto Alegre: Publicacions URV; Associação Brasileira da Rede Unida, 2013. p. 265-282.

Contribución de los autores

Moglia participó en la concepción del problema de investigación, diseñó la estrategia metodológica, realizó el relevamiento y análisis de los datos y participó en la planeación y escritura del artículo. Sy supervisó el diseño de la investigación, el relevamiento y análisis de los datos y participó en la planeación y escritura del artículo.

Recibido: 06/12/2021

Re-presentado: 11/11/2021; 06/12/2021

Aprobado: 17/12/2021