

CULTURA DE LOS CUIDADOS

1^{er} Cuatrimestre 2015 • Año XIX - N.º 41

SUMARIO

EDITORIAL

- Tres décadas de producción de conocimiento de Investigación y Educación en Enfermería

FENOMENOLOGÍA

- Pride (orgullo)
- Mi asma y yo. Relato biográfico
- Detrás de la oscuridad, viene la luz (experiencias vividas por una enfermera)
- Cuando la enfermería deviene teología
- Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua

HISTORIA

- "Homenaje a la Madre del Practicante", un fiesta histórica original y genuina de los Auxiliares Sanitarios de Alicante (1959-1970)
- Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948)
- Historicidad y historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería
- Imagen de la práctica de lactancia materna a través de la numismática Contemporánea
- El laboratorio de investigación en la historia de la enfermería como productor de conocimiento y su contribución a la historia de la enfermería brasileña
- El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia
- Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia

ANTROPOLOGÍA

- Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería
- Caracterización de la atención de hombres ancianos por servicio de atención móvil de urgencia
- La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan

TEORÍA Y MÉTODO

- Obesidade infantil: o olhar dos enfermeiros inseridos na atenção básica
- Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados

MISCELÁNEA

- Un sello desde Cádiz para la conmemoración del centenario del título de enfermera en España (1915-2015)
- Biblioteca comentada



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

SEMINARIO DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS
ENFERMEROS. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- Francisco Mulet Falcó. Enfermero. Tesorero del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Belén Paya Pérez. Enfermera, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

- Juan José Tirado Dauder. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

- Francisco J. Pareja Lloréns. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón.

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España).

Carmen Chamizo Vega

Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad de Oviedo. Oviedo (España)

César Hueso Montoro

Doctor por la Universidad de Alicante. Profesor Universidad de Granada (España).

Manuel García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor asociado Universidad de Sevilla (España).

Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. (Universidad de Colima, Méjico.

Carlos Lousada Lopes Subtil

Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal)

Antonio C. García Martínez

Licenciado en Historia. Doctor en Historia Profesor Titular Universidad de Huelva (España)

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

Esperanza de la Peña Tejero

Enfermera. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Extremadura (España)

Cecilio Eserverri Cháverri

Enfermero e Historiador de la enfermería Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia (España)

Francisca Hernández Martín

Enfermera y Licenciada en Historia. Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)

Francisco Herrera Rodríguez

Doctor en Medicina. Historiador de la Enfermería. Catedrático de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (España)

Amparo Nogales Espert

Enfermera. Licenciada en Historia. Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid (España)

Natividad Sánchez González

Enfermera. Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Albacete (España)

Francisco Ventosa Esquinaldo

Enfermero. Historiador de la Enfermería. Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España) Carmen de la Cuesta Benjumea Ph.D en Enfermería. Profesora Visitante Universidad de Alicante (España)

Marilyn Douglas

Doctora en Enfermería. Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU)

Fernando Porto

Doctor en enfermería por la escuela de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO (Brasil)

Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

Ximena Isla Lund

Magister en Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad del Bio-Bio. (Chile)

Raquel Spector

Doctora en Enfermería. School of Nursing Boston College. Boston (EEUU)

Rick Zoucha

Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor Asociado. Universidad Duquesne Pittsburgh PA (EEUU)

Taka Oguiso

Enfermera y licenciada en derecho. Doctora Universidad de São Paulo. Profesora Titular Emérita. Universidad de São Paulo (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas

Enfermero y licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de São Paulo. Profesor Titular. Universidad de São Paulo (Brasil)

Cultura de los Cuidados. Revista Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.

- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

- "Scientific Commons" Details at a Glance: Publications: 31,839,799 - Repositories: 1,157

- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)

"Inscrita y miembro del en Servicio CrossRef (DOI prefix is: 10.7184")

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>

ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS. MARCA ESPAÑOLA N.º 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
Tres décadas de producción de conocimiento de Investigación y Educación en Enfermería.....	9
<i>MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ</i>	
FENOMENOLOGÍA	
Pride (orgullo).....	11
<i>CARMEN CHAMIZO VEGA</i>	
Mi asma y yo. Relato biográfico.....	14
<i>RAQUEL ASUNCIÓN DÍAZ ALONSO, DAVID PALACIOS MARTÍNEZ, PEDRO ADALIA SERRANO</i>	
Detrás de la oscuridad, viene la luz (experiencias vividas por una enfermera).....	21
<i>MARÍA JOSÉ MILLÁN AYALA</i>	
Cuando la enfermería deviene teología.....	23
<i>LEOPOLDO QUILEZ FAJARDO, ESPERANZA FERRER FERRÁNDEZ</i>	
Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua.....	34
<i>EUNICE VICTORIA GARCÍA PIÑA, MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ, CARLOS SERRANO SÁNCHEZ, ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ</i>	
HISTORIA	
“Homenaje a la Madre del Practicante”, un fiesta histórica original y genuina de los Auxiliares Sanitarios de Alicante (1959-1970).....	44
<i>JOSÉ ANTONIO ÁVILA OLIVARES</i>	
Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948).....	56
<i>FRANCISCO HERRERA-RODRÍGUEZ</i>	
Historicidad y historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería.....	71
<i>HAÍS VASCONSELOS AMORIM, ANNA MARIA DE OLIVEIRA SALIMENA, IVIS EMÍLIA DE OLIVEIRA SOUZA</i>	
Imagen de la práctica de lactancia materna a través de la numismática Contemporánea.....	82
<i>JUAN FRANCISCO REYES REVUELTA</i>	
El laboratorio de investigación en la historia de la enfermería como productor de conocimiento y su contribucion a la historia de la enfermería brasileña.....	91
<i>VANESSA COSTA CAVALCANTI, ALMERINDA MOREIRA</i>	
El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia.....	101
<i>RAQUEL ALBA MARTÍN</i>	
Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia.....	106
<i>ALFONSO FERNÁNDEZ VÁZQUEZ</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería.....	114
<i>FERNANDA DE JESUS DOS SANTOS, DANIELLY SANTOS DOS ANJOS CARDOSO, MÉRCIA ZEVIANI BRÊDA, LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA</i>	
Caracterización de la atención de hombres ancianos por servicio de atención móvil de urgencia.....	126
<i>LÍVIA CARVALHO PEREIRA, ALAÍDE DE ARAÚJO ALENCAR, MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO, CINARA MARIA FEITOSA BELEZA</i>	
La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan.....	135
<i>MARIA ELIZABETE RODRIGUES VIANA, LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA, REGINA MARIA DOS SANTOS, DANIELLY SANTOS DOS ANJOS</i>	
TEORÍA Y MÉTODO	
Obesidade infantil: o olhar dos enfermeiros inseridos na atenção básica.....	147
<i>LUARA APARECIDA POTTRATZ ALVES DE SOUSA, ROSANA AMORA ASCARI, LUCINÉIA FERRAZ E ELISANGELA ARGENTA ZANATTA</i>	
Sintomas Depressivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados.....	157
<i>JOYCE KELLY SOARES DA SILVA, MARIA CÍCERA DOS SANTOS ALBUQUERQUE, ELIZABETH MOURA SOARES DE SOUZA, FERNANDA SILVA MONTEIRO, GERMANO GABRIEL LIMA ESTEVES</i>	
MISCELÁNEA	
Un sello desde Cádiz para la conmemoración del centenario del título de enfermera en España (1915-2015).....	168
BIBLIOTECA COMENTADA.....	169

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como :

- Editorial.
- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).
- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.
- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.
- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- Miscelánea: Sección dedicada a la divulgación de actividades, noticias, agenda etc, revisión de novedades editoriales.
- Cartas al Director

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a.C. Solano Ruiz. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. En la segunda

página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español. Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido en minúsculas y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Enfermería Científica 8 22-27 (Artículo revista)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En: Cibanal, L.. ed. Las revistas españolas de enfermería ,Síntesis, Madrid: 88-102 (Capítulo de Libro).

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán en otro archivo, indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas, preferentemente, deberán presentarse en blanco y negro.
- Presentación: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el” check list” disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

Although subject to variations in the interest of contextualizing the journal philosophy, will include sections such as:

- Editorial.
- Phenomenology section devoted to the publication of original and / or reviews of clinical phenomenology. They will also take place in this section, the clinical experience of professionals in whatever form of expression, narrative, essay, poetry or art. Finally, also be eligible for the original publication, in the opinion of the editorial board, contribute to the development of humanistic nursing (in any of its aspects).
- History: intended for publication of original and / or revisions of nursing history.
- Anthropology: section reserved for the inclusion of original and / or revisions of anthropological work on nursing care.
- Theory and methods nurses: section dedicated to the publication of original and / or reviews that contribute to both theoretical and philosophical development of nursing as their methods and practical applications.
- Other: Section dedicated to the dissemination activities, news, calendar etc., reviews, new books.
- Letters to the Editor

PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. First initial capital letters separated by a period followed by the surnames in lowercase eg: M^a.C. Solano Ruiz. By an asterisk (superscript) write their highest academic level or professional contact and address of the first author with his email and phone. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in English, Portuguese and Spanish. shall include in addition to four to five keywords in

these languages. The following pages include the contents of the article to avoid subscripts and footnotes footer, with an extension not exceeding 17 pages, the last page is devoted to the literature.

- The citation system is adopted in the journal according to the Harvard law-APA: the text will only appear in lower case the name of the author and the date in brackets, eg (Lopez, 1998). The bibliography at the end of the article will be numbered and arranged alphabetically by author's surname eg

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Nursing Science 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. In: Cibanal, L. ed. The Spanish journals nursing, Synthesis, Madrid. 88-102 (Chapter in Book).

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002) Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425. downloaded 42627th July 2008.

- The illustrations, charts and pictures will be sent to another file, indicating your order number and title in footer or the reverse in the case of the photographs. Graphs, preferably, should be submitted in black and white.
- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Embora sujeita a variações no interesse de contextualizar a sua filosofia, a revista vai incluir recursos como:

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiênciaclinica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e / ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: seção reservada para a inclusão de original e / ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem.
- enfermeiras Teoria e métodos: seção dedicada à publicação de opiniões originais e / ou que contribuam para o desenvolvimento teórico e filosófico da enfermagem como os seus métodos e aplicações práticas.
- Outros: Seção dedicada a actividades de divulgação, notícias, calendário etc, resenhas de livros novos.
- Cartas ao editor

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Primeira letra inicial maiúscula, separados por um ponto seguido pelo sobrenome em minúsculas, por exemplo: M^a C. Solano Ruiz. Por um asterisco (sobrescrito) escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do primeiro autor com o seu e-mail e telefone. Na segunda página:.. Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em Inglês,

Português e Espanhol, para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

- O sistema de nomeação é adotado na revista de acordo com a Harvard-lei APA: o texto não aparece apenas em letras minúsculas o nome do autor ea data entre parênteses, por exemplo (Lopez, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Enfermagem da Ciência 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. In: Cibanal, L. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

- Para citar documentos / artigos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27_de_julho_de_2008.

- As ilustrações, gráficos e fotografias serão enviadas para um outro arquivo, indicando o seu número de ordem e título em rodapé ou o inverso no caso das fotografias. Gráficos, de preferência, devem ser apresentadas em preto e branco.
- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o “check list”, disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La revista Cultura de los Cuidados publica artículos en español, portugués e inglés. La recepción de los mismos pasa por un proceso de selección en una primera revisión por el Consejo editorial verificando el cumplimiento de los requisitos propios de la revista, descritos en las indicaciones a los autores, en caso de no cumplir estas condiciones se le notifica al autor o autores para que realicen los cambios oportunos.

Posteriormente tras la clasificación temática y preservación del anonimato del manuscrito los documentos son enviados a dos especialistas de reconocido prestigio en el área de conocimiento, para que procedan a su evaluación. Una vez recibidos los conceptos de los pares académicos se toma una decisión conjunta con el Consejo Editorial que puede ser de aceptación con ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo comunicándolo al autor o autores a través de correo electrónico o postal.

En caso de que la decisión del Consejo Editorial sea la de rechazo se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión adoptada por el Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

Los manuscritos que sean considerados para publicación previa modificación, se notificarán con una propuesta concreta de modificación o con el informe de los evaluadores. Los autores dispondrán de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

La revista se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto.

Los factores donde se fundamenta la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de la redacción de la revista son los siguientes:

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.
- La inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en Cultura de los Cuidados.

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

“Cultura de los Cuidados” (The Culture of Care) Journal publishes articles in Spanish, Portuguese and English. Admission will be subject to a selection process in a first review by the Editorial Board to verify compliance with the requirements of the Journal, as stated in the instructions for authors. In the case these conditions are not met, the author or authors will be notified in order to make the necessary changes.

After accomplishment of topic classification and preservation of the anonymity of the paper, documents are submitted to two specialists of recognized prestige in the corresponding area of knowledge for evaluation. Once peer academic report is produced, decision is reached together with the Editorial Board to either accept with adjustments, final acceptance or rejection that will be notified to the author or authors by email or post.

Should the decision of the Editorial Board be to reject, the evaluators’ report will be sent together with the decision of the Editorial Board that substantiates this decision.

Manuscripts to be considered for publication after amendment shall be notified with a specific proposal for amendment or with the evaluators’ report. Authors will have a maximum of 2 weeks to inform the Assistant Managing Editor of their decision of amendment and the deadline for submitting the revised version is two months maximum.

The Journal reserves the right to make revisions in style to facilitate clarity and understanding of the text.

The factors which ground the decision on acceptance or rejection of papers by the Journal Editor are:

- Originality, novelty and contemporary issues.
- Relevance and applicability of the results
- Methodological quality, reliability and validity
- Presentation, good writing, organization and logical consistency of the text.
- The inclusion in manuscripts submitted to at least one citation of articles published in Culture Care.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A Revista Cultura de los Cuidados publica artigos em Espanhol, Português e Inglês. O recebimento dos mesmos está sujeito a processo de seleção, em primeira revisão, pelo Conselho Editorial, no qual verifica-se o cumprimento dos requisitos próprios da Revista, descritos nas indicações aos autores. Em caso de cumprimento dessas condições, será notificado o autor ou autores para que realizem as mudanças oportunas.

Em seguida, depois da classificação temática e preservação do anonimato do manuscrito, os documentos serão enviados a dois especialistas de reconhecido prestígio na área de conhecimento, para que procedam à avaliação. Uma vez recebidos os conceitos dos dois pares acadêmicos, toma-se decisão conjunta com o Conselho Editorial, que pode ser de aceitação com ajustes, de aceitação definitiva ou de recusa, comunicando-se a decisão ao autor ou autores, por meio de correio eletrônico ou postal.

Se a decisão do Conselho Editorial for de recusa do artigo, será informado ao autor ou autores acerca dessa decisão adotada pelo referido Conselho, apresentando-se os fundamentos que a justificam.

Os manuscritos que forem aprovados para publicação, porém com prévia modificação, far-se-á notificação ao autor ou autores com uma proposta concreta de modificação e com informe dos avaliadores. Os autores disporão de no máximo 2 semanas para se comunicarem com a Secretaria de redação acerca da modificação proposta e no prazo máximo de dois meses se comprometerão a devolver a versão corrigida, caso tenham concordado com as correções.

A Revista reserva para si o direito de realizar revisões de estilo que facilitem a clareza e compreensão do texto.

Os fatores que fundamentam a decisão sobre a aceitação ou recusa dos trabalhos, por parte da redação da Revista são os seguintes:

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;

- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.
- A inclusão em manuscritos submetidos a pelo menos uma citação de artigos publicados nos Cuidados de Cultura.

Editorial

Tres décadas de producción de conocimiento de Investigación y Educación en Enfermería

María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez

Enfermera. Editora en Jefe de Investigación y Educación en Enfermería. Profesora Doctora de la Universidad de Antioquia UdeA.

Cómo citar esta editorial en edición digital: Rodríguez-Gázquez M^a A. (2015) Tres décadas de producción de conocimiento de Investigación y Educación en Enfermería. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 41.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.01>

Correspondencia: Calle 64 #53-09, Medellín; Colombia.

Correo electrónico: maria.rodriguezg@udea.edu.co

Recibido: 1/07/2014; Aceptado: 15/09/2014



Investigación y Educación en Enfermería (IEE), es una publicación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia) que tiene como misión la difusión de los avances en la investigación y en la educación que contribuyan al desarrollo de la disciplina.

Esta revista fue creada en 1983 por la necesidad de disponer de un medio escrito donde publicar los resultados de la investigación enfermera. Con el paso del tiempo, IEE se fue adecuando a las exigencias cada vez más altas dictadas a las publicaciones serias científicas para el reconocimiento de su calidad, por parte de organismos nacionales e internacionales, lo que la ha llevado a su inclusión en los índices nacionales e internacionales más impor-

tantes como: Medline-Pubmed, SciELO Citation Index en Web of Knowledge, LATINDEX, PUBLINDEX, CUIDEN, EMCare de Elsevier, Fuente Académica de EBSCO, REDALYC, LILACS-BIREME, IMBIOMED, DOAJ, CIBERE e Index Copernicus, entre otros.

Desde 1983 a diciembre de 2014 en nuestra revista se han editado en forma ininterrumpida 69 números en los que se han compilaron 708 artículos. El número de manuscritos sometidos a evaluación ha tenido la tendencia al incremento en el tiempo, debido especialmente a tres razones: disponibilidad de envío, seguimiento y evaluación de los artículos online en 2009, aumento de dos a tres los números por volumen en 2010, y a que en 2012 el idioma de publicación de la revista cambió del español al inglés, facilitando la presentación de artículos a las enfermeras en cualquier rincón del planeta.

En los últimos cinco años los artículos originales predominan en nuestras tablas de contenido; el motivo de este comportamiento se puede explicar porque casi la totalidad de los autores proviene de la academia, tienen formación posgraduada y, en sus trabajos, se les exige cada vez más producir y divulgar conocimiento. Es necesario que en las instituciones

formadoras de recurso humano ajustemos esta situación involucrando en los procesos de investigación a las enfermeras asistenciales, pues son ellas las que están más frecuentemente en contacto con los usuarios, y por consiguiente, no debe desaprovecharse sus aportes y valiosas experiencias en la práctica del cuidado.

Actualmente, cuando se evalúa el tipo de estudio declarado por los autores en los artículos originales se puede afirmar que en IEE hay equilibrio entre los paradigmas cuantitativo y cualitativo, lo que indicaría el interés de Enfermería por aproximarse al objeto de conocimiento con las perspectivas ofrecidas por las diversas metodologías. En particular, en los artículos producto de investigaciones cuantitativas, en nuestros artículo apreciamos la poca utilización de diseños analíticos que se acerquen más a la búsqueda de relaciones causales, por lo tanto es un reto importante para las universidades fomentar en sus profesores y estudiantes de doctorado la ejecución de investigaciones con enfoque analítico.

Algo a resaltar es que en las tres décadas que se lleva editando la revista IEE, las enfermeras han sido la población de la que más frecuente se tratan los artículos (25% sobre las profesionales y 8% de las estudiantes), mostrando que la Enfermería, como profesión joven, es ella misma su autorreferencia.

Para IEE, un desafío muy grande que esperamos cumplir en poco tiempo es el de aumentar el número de citas recibidas en artículos de otras revistas, indicador indirecto de la repercusión que tiene en la comunidad académica el conocimiento que estamos avalando con su publicación. Otro reto, quizás el más importante de todos, es que debemos seguir esforzándonos en publicar cada vez más y mejores artículos que muestren alternativas innovadoras para resolver los problemas teóricos y prácticos del diario vivir de la enfermera, contribuyendo de esta forma al desarrollo de la Enfermería, como disciplina y como profesión.

Fenomenología

Pride (orgullo)

Carmen Chamizo Vega

Doctora por la Universidad de Alicante en el programa "Enfermería y Cultura de los Cuidados".

"Enfermera. Responsable de formación de enfermeras residentes de enfermería familiar y comunitaria (EFyC) en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Principado de Asturias

Cómo citar este artículo en edición digital: Chamizo, C. (2015). *Pride (orgullo)*. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.02>

Correspondencia: Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Principado de Asturias.

web:<http://udocente.sespa.princast.es>

Correo electrónico: carmenchamizo@hotmail.com

Recibido: 13/12//2014; Aceptado: 10/02/2015



ABSTRACT

The thought caused by a simple fact, like a movie or a book revives feelings drowned. In this case, after seeing the film PRIDE, the author reflects on the need for tolerance and respect in society in general and nursing in particular, and emphasize the need to continue working with gender.

RESUMO

O pensamento causada por um fato simples, como um filme ou um livro revive os sentimentos se afogou. Neste caso, depois de ver o PRIDE filme, o autor reflete sobre a necessidade de tolerância e respeito na sociedade em geral e de enfermagem em particular, e enfatizam a necessidade de continuar a trabalhar com o gênero.

RESUMEN

El pensamiento provocado por un hecho sencillo, como una película o un libro, hace resurgir sentimientos ahogados. En este caso a raíz de ver la película PRIDE, la autora reflexiona sobre la necesidad de la tolerancia y el respeto en la sociedad en general y en la Enfermería en particular, así como recalcar la necesidad de seguir trabajando con perspectiva de género.

De cuando en cuando en nuestras vidas surgen momentos casuales que te impactan.

No son desgracias ni grandes regalos, son cosas sencillas como una frase en un libro, un olor, un paisaje, una conversación o una película.

Ocurre el hecho y se desencadena una reacción de impacto que hace que todo lo que piensas se derrumbe, se tambalee y vuelva a encajar; como si la osa hibernando desde el invierno se despertara en primavera.

La certeza cómoda se traduce en un interrogante al instante y te sobresalta la incredulidad de no haber descubierto hasta entonces, lo que ahora ves claro.

Veo con estupor las caras sin máscaras y el grito de júbilo se transforma en un borbotón de ideas y palabras que convierto en un discurso escrito, para compartir el sencillo descubrimiento, que quizás sólo quien haya sentido lo mismo, puede comprender.

Esto me sucedió el otro día tras ir al cine a ver la película *Pride* (orgullo) del director Matthew Warchus y basada en un hecho real: el apoyo que un grupo de gays y lesbianas dieron a los habitantes de un pueblo de galés, durante la huelga de los mineros en 1984. Es una historia de solidaridad y de superación de prejuicios, que muestra el poder de la empatía, la tolerancia y de la generosidad.

No soy experta en cine por lo que, aunque me pareció una película deliciosa, obviaré la crítica cinematográfica y me centraré en la revelación que me produjo: comprendí que la solidaridad y la tolerancia son posibles en el mundo real y cercano; que la juventud de corazón y el coraje son dos elementos indispensables para ser reconocidos socialmente y no sólo los conocimientos y formas establecidas académicamente; que los derechos de cualquiera comienzan por lo más esencial, el respeto universal y el disfrute de la vida; que la endogamia no nos hará ser visibles; que el sufrimiento y la desgracia une; que la independencia supone desprenderse de ciertas mochilas sociales que portamos como naturales durante años; y un largo etcétera que dejo abierto.

Hace unos meses, en una comida de un tribunal de tesis se me insinuó que el “tema de género” ya estaba “pasado de moda”, que ya no era necesario porque se luchaba por la Enfermería –en abstracto– y que el auge en tiempos pasados, estuvo relacionado con la abundancia de lesbianas en la profesión. Algo chilló en mi interior, se ahogó en mi garganta y lo tragué con un sorbo de buen vino, para que la alegría de la doctoranda no se viera apagada con la discusión. No obstante quedó dentro la impresión de tristeza, la cual se tornó en vómito escrito, al releer un artículo de Antonio Muñoz Molina¹ sobre Virginia Wolf y su manera de escribir.

Con bellas palabras sobre VW, dice:

“Su prosa es una tentativa constante de crear un estilo que fluyera como el curso del tiempo, que atrapara la fugacidad y la velocidad de las cosas, la simultaneidad armónica de las palabras, los estados de conciencia, las sensaciones, los sentimientos: pero ese estilo tiene en el fondo la urgencia de una huida, la falta de sosiego de alguien que sabe que si baja la guardia o se queda inmóvil será atrapado por la bestia oscura que le viene a la zaga..., en ella hay un ansia peculiar, una inmediatez física, y además un coraje personal que los escritores varones no necesitan..., quiere lograr una forma fluida y abierta que contenga la vida sin falsificarla. Quiere la eliminación de los premioso o lo superfluo”.

Como la Minería en la película *PRIDE*, quizás la Enfermería - en concreto - sería más visible si dejáramos a un lado los prejuicios enfermizos, el ansia de poder prepotente e incorporáramos la generosidad y la atención plena en lo sencillo y cercano. No me refiero al hacer sin parar, si no al ser auténtico y noble.

Como el grupo de LGSM² de *PRIDE* (Les-

bianas y Gays Sustentan a los Mineros), deberíamos estar orgullosas de que el grupo LG-MSE (Lesbianas, Gays, Mineros Sustentan a las Enfermeras) fuera una realidad y el trabajo por la igualdad de género algo que no pasa de

moda, que es necesario para toda la sociedad y que queda mucho que trabajar siendo la amplia meta de la igualdad de género, una meta social a la que la educación y las demás instituciones sociales deben contribuir³.



¹Antonio Muñoz Molina. Diario incesante de Virginia Wolf. Diario El País 10022012

²http://es.wikipedia.org/wiki/Lesbians_and_Gays_Support_the_Miners
http://es.wikipedia.org/wiki/Lesbians_and_Gays_Support_the_Miners

³<http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/gender-equality/>

Mi asma y yo. Relato biográfico

My asthma and me. Live history

Minha asma e eu. Relato biográfico

Raquel Asunción Díaz Alonso¹, David Palacios Martínez², Pedro Adalia Serrano³

¹Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

²Médico de Familia. Servicio Madrileño de Salud – SERMAS. Dirección Asistencial Sur de Madrid. C.S. San Blas (Parla, Madrid).
Centro de Salud San Blas. Parla. Dirección Asistencial Sur de Madrid.

³Psicólogo. Miembro del EuroPsy. Coordinador del Gabinete Aguirre. C/Aguirre, 1, 2ª planta. Madrid.

Cómo citar este artículo en edición digital: Díaz Alonso, R.A., Palacios Martínez, D. y Adalia Serrano, P. (2015). *Mi asma y yo. Relato biográfico. Cultura de los Cuidados*

(Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.03>

Correspondencia: Raquel Asunción Díaz Alonso Dirección postal: calle Nazaret, nº6, portal 2, 2ºB, 28980, Parla (Madrid).

Correo electrónico: raquelda_parla@hotmail.com

Recibido: 11/12/2014; Aceptado: 17/03/2015

Para la elaboración del presente trabajo no se han recibido ningún tipo de becas ni de soporte financiero. Así mismo, los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de intereses en la elaboración del presente trabajo.



ABSTRACT

The asthma is a disease which is characterized by the intermittent airway obstruction to the air-flow. Its world prevalence ranges between 1-24%. It courses clinically with dyspnea, cough, wheezing and/or chest pain.

The degree of adherence to the treatment and disease control are influenced by the acceptance of the disease by the patients, their knowledge about it, and their strategy of coping with the asthma.

This paper aims to provide a holistic and interdisciplinary point of view of the disease. We have conducted an interview in depth and a history of life of Daniel, our informer. We

have collected and interpreted his experience of the disease with biographic and descriptive characteristic.

Keywords: asthma; bronchial diseases; qualitative research; holistic health; interdisciplinary research.

RESUMO

A asma é uma doença crônica caracterizada por obstrução intermitente das vias aéreas ao fluxo de ar. Em todo o mundo prevalência varia entre 1-24. Ele é clinicamente caracterizado pelo aparecimento de falta de ar, tosse, chiado eu aperto no peito.

A aceitação da doença, conhecimento e pelos pacientes e suas famílias lidar estratégia influencia o grau de adesão ao tratamento e controle da asma.

O presente trabalho tem como objetivo proporcionar uma doença holística e interdisciplinar. Através da entrevista em profundidade e o registo biográfico de Daniel, nosso informante, temos coletado e jogado com caráter biográfico-descriptivo sua experiência da doença.

Palavras-chave: asma; broncopatias; pesquisa qualitativa; saúde holística; pesquisa interdisciplinar.

RESUMEN

El asma es una enfermedad crónica caracterizada por la obstrucción intermitente de las vías respiratorias al flujo aéreo. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre 1-24%. Clínicamente se caracteriza por la aparición de disnea, tos, sibilancias y/o opresión torácica.

La aceptación de la enfermedad, su conocimiento y la estrategia de afrontamiento por parte de los pacientes y sus familias influye en el grado de cumplimiento terapéutico y de control del asma.

El presente trabajo pretende aportar una visión holística e interdisciplinar de la enfermedad. A través de la entrevista en profundidad y el registro biográfico de Daniel, nuestro informante, hemos recogido e interpretado con carácter biográfico-descriptivo su vivencia de la enfermedad.

Palabras clave: asma; enfermedades bronquiales; investigación cualitativa; salud holística; investigación interdisciplinaria.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad crónica caracterizada por la obstrucción intermitente de las vías respiratorias al flujo aéreo. Aparece como respuesta a diferentes estímulos. Se asocia a hiperreactividad bronquial. Cursa de manera episódica, recurrente y oscilante. Actualmente es imposible predecir la evolución del asma. (Seguí, 2004; Ancochea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009; Chávez, 2012).

Afecta a alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo. Su prevalencia oscila entre el 1-24% según el país y el estudio con-

sultado. Una de cada 250 muertes en el mundo es debida al asma. En España afecta al 1-6% de los niños y al 4-8% de los adultos. Produce una importante carga social y económica, ausentismo escolar y laboral, limitación de las actividades físicas y de localización de vida, etc. (Seguí, 2004; Ancochea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009; Chávez, 2012).

La etiología del asma es multifactorial y su fisiopatología es compleja. Está influenciada por múltiples factores: susceptibilidad individual, cierta carga genética no bien conocida actualmente, factores intrínsecos, ambientales y psicológicos. (Seguí, 2004; Ancochea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009; Chávez, 2012).

El asma suele debutar en la infancia, aunque puede hacerlo a cualquier edad de la vida. Suele disminuir con la edad. La clínica característica del asma no es específica. Consiste en disnea, tos, sibilancias y opresión torácica de predominio nocturno. Estos síntomas pueden no presentarse juntos, o desencadenarse por diferentes estímulos. Suele revertir espontáneamente o con tratamiento (Seguí, 2004; Ancochea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009; Chávez, 2012).

El diagnóstico de sospecha es eminentemente clínico. Debe confirmarse la presencia de obstrucción reversible al flujo aéreo mediante diversas pruebas: espirometría con prueba broncodilatadora, pruebas funcionales completas, medición seriada del flujo espiratorio máximo, estudios analíticos, etc. Los principales diagnósticos de enfermería relacionados con el asma están dirigidos a la educación, la promoción para la salud, el afrontamiento del estrés y al manejo terapéutico (Seguí, 2004; Ancochea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009).

El tratamiento está dirigido a controlar la enfermedad en el menor tiempo posible y a prevenir las posibles complicaciones. Es aconse-

sejable realizar un enfoque multidisciplinar y biopsicosocial. En función de la gravedad del asma, el tratamiento farmacológico puede ser autoadministrado por el propio paciente, o incluso precisar medicación intravenosa o soporte ventilatorio asistido. Los fármacos antiasmáticos incluyen fármacos agonistas β -adrenérgicos de acción corta y/o prolongada, corticoides inhalados o sistémicos, y otros fármacos (oxígeno, anti-leucotrienos, etc). La vía inhalatoria produce menos efectos adversos, resultando rápida y eficaz. (Seguí, 2004; Ancoechea, 2006; GINA, 2006; GEMA, 2009; Chávez, 2012; González, 2014).

Para comprender y manejar de una manera holística al paciente asmático es importante valorar también su aspecto psicológico. La disnea del asma puede originar o incrementar la ansiedad tanto en niños como en adultos. La percepción adecuada de la disnea por parte de los pacientes está basada en su propia experiencia y en el aprendizaje. La ansiedad es un agravante del asma, estando ambos vinculados. (Chávez, 2012; González, 2014).

Las técnicas respiratorias y de relajación más utilizadas en psicoterapia ayudan considerablemente a los pacientes asmáticos. Así lo demuestran diversos estudios científicos, especialmente durante las últimas dos décadas. Dichas técnicas resultan más efectivas cuando se practican con regularidad. De este modo, ayudan a controlar la ansiedad y la angustia durante las crisis agudas y en los momentos posteriores, donde podrían producirse respuestas de evitación y pánico. Las técnicas más aconsejables son respiración abdominal y relajación creativa. Pueden aprenderse en muy pocas sesiones. El paciente debe practicarlas posteriormente en su domicilio o en su lugar de trabajo, creando un hábito saludable para afrontar con mayor control y calma su dolencia.

El asma puede tener un impacto considerable sobre la familia, especialmente cuando afecta a un niño. En ocasiones, llega a constituir el centro de su preocupación, cambiando la vida, la conducta y la dinámica familiar. La familia puede intentar sobreproteger al niño, limitando su autonomía y fomentando su dependencia (Chávez, 2012).

La educación sanitaria al paciente asmático y su familia por parte de todos los profesionales es fundamental. Facilita la comprensión de la enfermedad, la implicación y el empoderamiento del paciente sobre su enfermedad y su tratamiento. De este modo, mejora la autoeficacia y el control de la enfermedad y disminuyen la comorbilidad y las complicaciones.

A continuación presentamos el relato biográfico de Daniel, un paciente diagnosticado de asma en su infancia. En el relato nos explica su enfermedad, su vivencia de los síntomas, cómo las crisis de asma afectan a su vida y a la calidad de la misma. Daniel, al comienzo de la entrevista, manifiesta expresamente su interés en dar a conocer su historia. Piensa que podría ayudar a otras personas.

La información fue recogida mediante la realización de una entrevista abierta en profundidad, desarrollada en el domicilio particular del informante. Su duración aproximada fue de una hora y media. Previo consentimiento informado, grabamos la entrevista en formato de audio, recogiendo algunas además algunas notas de campo. Los datos recopilados fueron transcritos literalmente y sometidos a un proceso de análisis de datos cualitativos de acuerdo a los pasos descritos por Amezcua y Hueso, y por Martín Muñoz y sus colaboradores (Amezcua, 2009; Martín, 2013). Para conservar la confidencialidad de nuestro paciente, hemos utilizado nombres ficticios en la reconstrucción del relato biográfico.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. y Hueso, C. (2009). Cómo analizar un relato biográfico. Archivos de la Memoria [online], (6 fasc. 3). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863r.php>
- Ancochea Bermúdez, J. y Ricote Belinchón, M. (2006). Proceder. Procedimientos en enfermedades respiratorias. Asma. Barcelona: Ed. Grupo Ars XXI de Comunicación S.L.
- Chávez Ventura, G. (2012). Perspectivas para la investigación psicológica del asma. Revista Psicológica Trujillo, 14(2), 268-277.
- Global Initiative for Asthma (2006). GINA 2006. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHBLI/WHO Workshop Report. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
- González Suárez, M. y Duarte Climents, G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. ENE enf, 8(1), Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/295>
- Guía española del manejo del asma (2009). GEMA (Guía española del manejo del asma). Archivos de Bronconeumología, 45(7), 2-35.
- Martín Muñoz, B., Gálvez González, M. y Amezcua, M. (2013). Cómo estructurar y redactar un Relato Biográfico para publicación. Index de Enfermería, 22(1-2), Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100018>.
- Seguí Díaz, M., Linares Pou, L. y Ausín Olivera, A. (2004). El asma bronquial desde el médico de familia (I). Semergen, 30(10), 514-523.

RELATO BIOGRÁFICO.

Dando guerra desde que nació.

Me llamo Daniel. Soy atópico y asmático. La atopía afecta a mi piel con brotes frecuentes de dermatitis y me produce alergia al polen por temporadas. El asma me produce crisis respiratorias con cierta frecuencia. Quizás pueda parecer un problema anodino. Sin embargo, afecta a mi vida y la de los que me rodean.

Según cuentan mis padres, he padecido estas enfermedades desde siempre. Antes de cumplir mi primer mes de vida, sufrí mi primera crisis de asfixia. Ellos se asustaron muchísimo. Recuerdan que, más o menos de repente, comencé a respirar con gran dificultad. Se me amorataron los labios. Se me marcaban mucho las costillas y, también parecía que respiraba moviendo el abdomen. Debí ser una experiencia traumática para mis padres, porque hoy en día, 37 años después, todavía se les nota algún gesto de terror cuando recuerdan aquellas hazañas...

Nunca olvidan su angustia al tener que llevarme en esas condiciones al hospital. La espera interminable, agónica y pavorosa mientras me valoraban y trataban aquellas crisis. La alegría al ver que respondía al tratamiento y que habían logrado salvar mi corta vida. Y, tras recibir el alta médica, el miedo a las recaídas. Las noches de insomnio con los ojos y los oídos abiertos por si aparecía una nueva crisis... Nuevas crisis, que volvieron a aparecer, acompañándome con cierta frecuencia y gravedad variable durante toda mi infancia.

Respirar parece tan sencillo...

Si te lo planteas, respirar parece una tontería. Ni siquiera hay que pensar en ello. Se hace de manera inconsciente. Los pulmones lo hacen por sí mismos. Pero en esos momentos, en una crisis de asma, no quieren. Supongo que en realidad no pueden. Afortunadamente, el cuerpo sabe qué hacer: intentar respirar con más fuerza todavía.

Lo normal no es asfixiarse.

Entre crisis y crisis, yo era un niño normal. Jugaba, corría o estudiaba como los demás niños sanos. Sin embargo, cuando me sorprendía una crisis respiratoria volvíamos al

mismo ciclo de siempre: aparecía la sensación de asfixia, me costaba respirar, dejaba de jugar o hacer las cosas que estuviese haciendo, me trataban con inhaladores; y después, cuando por fin la respiración volvía a la normalidad, la acompañaba un cansancio extenuante.

Podríamos decir que esta era “mi rutina”. Como para mí siempre había sido así, yo lo veía normal. Suponía que nos pasaba a todos los niños.

Para mi sorpresa, en el colegio descubrí que al resto de niños no les pasaba lo mismo. Ellos no se asfixiaban cada dos por tres.

Al sentirme diferente a los demás niños, me veía a mí mismo “especial para mal”. Algunas veces me cuestionaba “¿por qué yo me asfixio y los otros niños no?”. Incluso llegué a preguntárselo a mis padres. Pobrecillos. Qué difícil debe de ser explicarle estas cosas a un niño.

Mis padres, un pilar fundamental.

Con el paso del tiempo, mis padres aprendieron a reconocer las crisis de asma precozmente y actuar de la manera adecuada. No puede imaginarse lo agradecido que les estoy por ello. Sus caras cuando recuerdan y me explican estos logros muestran mucha más tranquilidad que cuando me hablan de las primeras crisis. Ellos mismos trataron muchas, las más leves, poniéndome en casa los inhaladores que los médicos les habían pautado.

El “selecto” club de asmáticos atópicos.

Tras varios ciclos de crisis-susto-tratamiento-extenuación-recuperación-normalidad, en algún momento de mis primeros años de vida me diagnosticaron asma.

Al parecer existen varios tipos de asma. Tras varias consultas por diferentes especialistas, al final llegaron a la conclusión de que

mi problema respiratorio era de tipo alérgico y atópico.

El alergólogo que me diagnosticó, en torno a los 5-7 años, les explicó a mis padres que yo padecía asma persistente atópica. ¡Qué bien! Ya pertenecía al “selecto” club de pacientes que son atópicos. La atopía engloba tres enfermedades que también me pasaban: el asma, la polinosis o fiebre del heno (la “típica alergia de primavera” con molestias en los ojos, la nariz y la garganta), y la dermatitis atópica (unas lesiones rojas que me salían en la piel de vez en cuando y que picaban a rabiar). Aquel amable doctor les explicó a mis padres con voz grave, que sonaba a importante: “verán, la atopía es como una forma de ser. Igual que hay gente con los ojos azules o verdes, los pacientes atópicos son irritables: hay muchos estímulos físicos o ambientales que pueden irritarles, y producirles crisis respiratorias, de alergia al polen, o en la piel”. No sé por qué se grabaron aquella escena y aquella frase en mi mente. Pero cada vez que uno de esos estímulos a los que se refería aquel doctor “me irrita” y me provoca alguna crisis, vuelvo a revivirla.

Nuestro acuerdo tácito.

Durante mi adolescencia no recuerdo ninguna crisis asmática importante. Sé que no es así, pero me gusta pensar que mi asma y yo llegamos al acuerdo tácito de no molestarnos. De hecho, he podido hacer una vida activa normal y corriente como el resto de la gente sana. Incluso me dieron el alta los neumólogos que realizaban mi seguimiento periódico, dejándole el control del asma a mi Médico de Familia.

El asma ha vuelto a mi vida.

Desde hace unos meses, el asma ha vuelto a mi vida. Con mayor intensidad. Con una sen-

sación muy desagradable. En la primavera, tras unos días con un catarro más o menos leve, de repente un día comencé a fatigarme y a escuchar “pitos” al respirar. Tras consultar con mi médico, volvimos a la rutina de las crisis: la angustia de si habrá más crisis y cuándo, los ciclos de tratamiento, llevar siempre encima un inhalador de salbutamol por si acaso, estar pendiente e intentar evitar los estímulos que me provocaban las crisis (sobre todo el polen), etc.

En esta ocasión el tratamiento habitual no fue suficiente, a pesar de cumplirlo escrupulosamente. Súbitamente, unos días después empezó a costarme mucho respirar. Notaba una fuerte presión en el pecho que no me dejaba entrar el aire, por más fuerte que yo inspirase. Empezaron a notarse mucho mis costillas, y también mis clavículas. Mis labios volvieron a coger este tono azulado que tantas veces han tenido. Mi cuerpo comenzó a perder fuerzas. Seguir respirando me costaba un esfuerzo titánico, sobrehumano. Debí sentarme por la extenuación. Ahora, además, parecía que estaba respirando desde mi tripa. El asma había vuelto a mi vida.

En estos momentos, en plena crisis de asma, ponerse nervioso es muy sencillo. Respiras con gran dificultad y esfuerzo. Mucho esfuerzo. La sensación de asfixia angustiante. Y además la asfixia, en mayor o menor intensidad, es real.

Sin embargo, es muy importante intentar evitar la ansiedad en plena crisis de asma. Porque la sensación de asfixia empeora. Mucho. Y además, los nervios te dificultan empezar lo más precozmente posible el tratamiento inhalador. De hecho, con tranquilidad y utilizando adecuadamente los inhaladores he logrado controlar muchas crisis de asma leves en mi vida. Sin embargo, en esta ocasión no fue suficiente.

Afortunadamente para mí, mi pareja es enfermera. A pesar de que nunca antes me había visto sufrir una crisis de asma semejante, supo reconocer los síntomas. Yo, como puede suponerse, no podía hablar. Me llevó a urgencias, donde me administraron un tratamiento más intenso: medicación nebulizada, corticoides intramusculares (¡cómo duelen!), oxígeno para respirar, etc.

Tras unas horas de tratamiento en Urgencias, volví a respirar... más o menos. Los médicos lograron controlar la crisis de asma y volver a normalizar mi respiración. Me ajustaron el tratamiento y me dieron de alta. Debería tomar medicación durante unas semanas, volver a los controles precisos por parte de los médicos, etc. Diferentes profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, etc) ampliaron mi formación sobre la enfermedad y mi implicación en mi propio tratamiento.

El asma ha amputado mi vida.

Las primeras horas después de ser dado de alta, pude descansar en casa. Me encontraba extenuado por el esfuerzo físico de la crisis. Incluso pude dormir algo. Después de aquel descanso inicial volví a descubrir cuánto puede limitar mi vida una crisis de asma. Actividades tan simples como levantarme del sillón para ir al baño, estar de pie un ratito, hacer una cama o mantener una conversación de más de cuatro o cinco frases seguidas me dejan fatigado y extenuado. Volver a recuperar la normalidad en la respiración, y que desaparezca la fatiga me cuesta alguna hora de estar sentado en el sofá, semi-inclinado (porque parece que se respira mejor en esa posición). Sin hacer ninguna otra cosa que respirar. Incluso sin poder hablar. Ni pensar con claridad. Con este panorama, no debe resultar difícil imaginar la esfera sexual. Totalmente

anulada. En algún momento piensas: “me van a cambiar por dos de veinte años”.

Actualmente vivimos en un tercer piso, sin ascensor. En esta situación, llevo alguna semana sin poder salir de casa: subir o bajar la escalera me resulta imposible. Incluso el médico de familia viene a valorarme a mi domicilio. Tampoco puedo ir a trabajar, por lo que además se añaden todos los problemas y complicaciones derivados de la baja laboral.

Además está la medicación. En total, varios inhaladores y siete pastillas al día durante varias semanas. Lo que peor llevo son las pastillas de prednisona. Tienen un sabor muy amargo. Da la sensación de que se queda pegada a la garganta, recordándote su sabor durante todo el día. Creo que padezco muchos de sus efectos secundarios que aparecen en los prospectos. Me noto constantemente como eufórico o intranquilo, incluso irritable. Pero sin energía, porque como no respiro bien todavía, me extenuo con gran facilidad. Y además, tengo un apetito voraz e insaciable. La sensación es muy parecida al hambre. Pero, a diferencia de ésta, nunca se sacia. Por mucho que comas. Por eso llamo “Gordisona” a la prednisona.

Y entonces recapitulas.

Tengo 37 años. Soy una persona activa, con una vida normal. Pero llevo varias semanas to-

mando más medicación incluso que mi abuela. Padeciendo casi todos los efectos secundarios que anuncian los prospectos. Sin poder salir de casa porque no puedo subir o bajar la escalera. Hasta ir al baño me fatiga y extenua. No puedo concentrarme en ninguna actividad, ni leer, ni ver una película, ni ayudar en casa. Sólo puedo pensar en respirar. La sensación es esa: el asma ha amputado mi vida.

Respeto, pero no miedo.

Confío que con el tratamiento adecuado, reposo, y paciencia, mucha paciencia, la crisis desaparecerá y podré volver a mi vida habitual.

Un antiguo proverbio, creo recordar que budista, reza “el dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional”. Me siento muy identificado con él. Ahora que el asma y yo hemos vuelto a reencontrarnos, no puedo evitar que limite mi vida. Pero no pienso permitir que me la amargue.

No sé cuándo terminará esta crisis. No sé si después volverán otras, aunque probablemente lo harán. No puedo controlar cuándo ni dónde me sorprenderán. Pero, si las crisis de asma vuelven, estaré preparado. Y todos los que me rodean también.



Detrás de la oscuridad, viene la luz (experiencias vividas por una enfermera)

María José Millán Ayala¹

¹Enfermera en el Hospital de Alta Resolución de Puente Genil

Correspondencia: C/ Pedroche nº 2 Portal 4, 2º A. 14006. Córdoba.

Cómo citar este artículo en edición digital: Millán Ayala, Mª. J. (2015). *Detrás de la oscuridad, viene la luz (experiencias vividas por una enfermera)*. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 41.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.04>

Correo electrónico: mjmillan@ephag.es

Recibido: 19/11/2014; Aceptado: 9/02/2015



ABSTRACT

This story describes a situation in which the nurse in charge of care to others is suddenly transformed into a person who has to be careful of a serious health problem. This sudden change of role experienced by this nurse is a source for professionals to be able to step into the shoes of people who care porque..en any time may be the ones that have to be maintained.

Keywords: autobiographical story, experiences, phenomenology

RESUMO

Esta história descreve uma situação em que a enfermeira encarregada de cuidar do outro é subitamente transformado em uma pessoa que tem que ter cuidado com um grave problema de saúde. Esta súbita mudança de papel vivido por esta enfermeira é uma fonte de profissionais

para ser capaz de entrar na pele de pessoas que se preocupam porque..en qualquer momento podem ser os que têm de ser mantidos.

Palavras-chave: história autobiográfica, experiências, a fenomenologia.

RESUMEN

Este relato describe una situación en la que la enfermera encargada de los cuidados a los demás se transforma de repente en una persona que tiene que ser cuidada de un grave problema de salud. Este súbito cambio de rol experimentado por esta enfermera constituye una fuente para que los profesionales sean capaces de ponerse en la piel de las personas que cuidan porque..en cualquier momento pueden ser ellos los que tengan que ser cuidados.

Palabras clave: relato autobiográfico, experiencias vividas, fenomenología.

Hace un año y medio, mientras me encontraba de vacaciones, desperté una mañana como cualquier otro día, con muchos proyectos en mente para ese día, pero en cuestión de segundos mi vida cambió. Fui a urgencias de un hospital y tumbada en una camilla sentí que mi vida se apagaba, no tenía miedo porque el dolor en mi corazón era tan grande que paralizaba el resto de sentidos. Llegué a despedirme de mi familia (aunque en mis recuerdos no está presente).

De repente, desperté como de una pesadilla, no recordaba nada de lo sucedido; mi último recuerdo fue un dolor inmenso en mi corazón y la sensación de estar muy lejos cuando mi familia estaba cerca; sentía angustia porque no podía ver, solo escuchaba la voz de médicos, enfermeros que decían que habría que esperar para ver las secuelas, suerte que pronto caí en un profundo sueño.

Este es el comienzo de una larga lucha por aprender a vivir, sabiendo que lo que sufrí no fue un mareo ni una patología leve sino una parada cardíaca provocada por una disección coronaria espontánea. Y todo esto, siendo enfermera conociendo la gravedad de la situación y como me dijeron sabiendo que “la suerte es que estaba en la sala de espera de un hospital”.

Cuando te encuentras en esta situación, te surgen multitud de preguntas como son:

¿Qué ocurre cuando el que cuida, tiene que ser cuidado?, ¿que sentimientos surgen cuando una enfermera pasa a ser paciente y ha de estar en manos de otros enfermeros y médicos? ¿Estamos preparados para esta situación?

Mi respuesta, es no. Cuando te ocurre una patología de estas características, lo primero es negarlo, pensar que le está ocurriendo ha otra persona, y después llega el miedo, la incertidumbre y la desesperación de si se volverá a repetir.

A los enfermeros nos enseñan a cuidar, nos enseñan a estar al lado de los pacientes y ha detectar signos de alarma ante pacientes críticos. Enfermería, siempre está a pie de cama, cuando los pacientes sienten miedo, está para aliviar la ansiedad del paciente.

Cuando eres la paciente, te das cuenta de los miedos por los que pasa nuestros pacientes. Cuando están llenos de cables, monitores con sonidos de alarma que no dejan de sonar. Des-

de la cama, observas cuando algo no va bien, porque el personal sale corriendo, escuchas hablar al personal entre ellos, pero sin decirte nada hasta que todo se normaliza y comienzan a explicarte qué ha ocurrido.

Esta situación crea un estado de angustia y miedo, que es aliviado cuando te encuentras con profesionales sanitarios que con su paciencia, dedicación te informan de tu situación y te apoyan en el proceso hacia la recuperación.

La enfermería, puede recoger información e identificar problemas a través de la valoración enfermera, y así, realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar y/o minimizar problemas. También, establecen unos objetivos de resultados que se pretenden alcanzar.

Como enfermera y paciente que fui, puedo expresar, la labor humana y profesional tan importante que desarrollamos ante nuestros pacientes. Hay situaciones, en las que solo con la compañía de un profesional, recuperas el estado de tranquilidad y desaparece la ansiedad.

En este proceso de recuperación, es muy importante las palabras de ánimo recibidas, los momentos de alegría y tristeza vividos, con cada uno de mis compañeros, que tanto me ayudaron, y que juntos, formamos parte de una gran familia dentro del Hospital.

Quisiera terminar, diciendo que en esta experiencia tan desagradable por la que pasé entre la vida y la muerte, he podido valorar el trabajo que realizamos diariamente y que en ocasiones, no somos conscientes porque trabajamos de forma automática, pero que los pacientes valoran enormemente.

Puedo decir, que detrás de la oscuridad, siempre esta la luz; que después de pasar por esta experiencia, puedo ver la luz de la vida, y he podido querer más aún si se puede, a mi profesión.

Cuando la enfermería deviene teología

When theology becomes nursing Quando a enfermagem advém da teologia

Leopoldo Quilez Fajardo¹, Esperanza Ferrer Ferrándiz²

¹Dr. en Teología. Facultad de Teología de Valencia. Alumno Escuela Enfermería La Fe. Valencia Profesor agregado de la Facultad de Teología "San Vicente Ferrer" - de Valencia y de su Instituto Superior de Ciencias Religiosas. Jefe de Departamento Teología Dogmática.

²Dra. en Enfermería. Universidad Complutense. Madrid. Profesora de Bases históricas, epistemológicas y éticas de la disciplina enfermera. Directora Escuela Enfermería La Fe. Valencia.

Cómo citar este artículo en edición digital: Quilez Fajardo, L. y Ferrer Ferrándiz, E. (2015). Cuando la enfermería deviene teología. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.05>

Correspondencia: Plaza Nou Moles 4- pta 18. 46018- Valencia

Correo electrónico: leoquilez@gmail.com

Recibido: 17/11//2014; Aceptado: 8/02/2015



ABSTRACT

This work deals with one challenge for teacher and students in the first years of Degree in Nursing: getting in touch with Ethical, Historical and Epistemological Bases of Nursing. Create a workshop where sharing knowledge and experience, is one of the goals to be achieved in the development of the subject. Reflective practice and meaningful learning are definitely established as fundamental tools for students in order to achieve required skills. We present a work of reflective practice, held by a student at the end of the course, starting from his previous training as a Doctor of Theology. He combines both knowledges in a poetic style, and puts another care perspective forward nurses.

Keywords: Care, meaningful learning, reflective practice, phenomenology, ethical care.

RESUMO

Introduzir os alunos de Licenciatura em Enfermagem na aprendizagem da unidade curricular de Bases históricas epistemológicas e éticas da Disciplina de Enfermagem e sobretudo se é nos primeiros anos da carreira, é um desafio para o professor e os alunos. Criar uma aula experiencial onde se partilhe conhecimento, experiências é um dos objetivos a alcançar no desenvolvimento da unidade curricular. Sem dúvida a prática reflexiva e a aprendizagem significativa constituem ferramentas fundamentais para conseguir adquirir as competências que os alunos têm que alcançar. Apresentamos um trabalho de prática reflexiva realizado ao fim da unidade curricular por um aluno que partindo da sua formação prévia como Doutor em Teologia conseguiu de uma forma poética, e unindo os dois saberes, mostrar aos enfermeiros uma visão do cuidado desde outra óptica.

Palavras-chaves: Cuidado, aprendizagem significativa, prática reflexiva, fenomenologia, cuidado ético.

RESUMEN

Introducir a los alumnos de Grado en Enfermería en el aprendizaje de la asignatura de Bases históricas epistemológicas y éticas de la Disciplina Enfermera y sobre todo si es en los primeros cursos de la carrera es un reto para el profesor y los alumnos. Crear un aula experiencial donde se comparta, conocimiento, experiencias, es uno de los objetivos a alcanzar en el desarrollo de la asignatura. Sin duda la práctica reflexiva y el aprendizaje significativo, se constituye como herramientas fundamentales para el logro de las competencias que los alumnos tienen que alcanzar. Presentamos un trabajo de práctica reflexiva, realizado al final de la asignatura por un alumno, que partiendo de su formación previa como Doctor en Teología, logro de una forma poética y uniendo los dos saberes, mostrar a las enfermeras una visión del cuidado desde otra óptica.

Palabras clave: Cuidado, aprendizaje significativo, práctica reflexiva, fenomenología, cuidado ético.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento y el pensamiento se establece a través de un diálogo con la incertidumbre. El aprendizaje, debe favorecer la autoformación de las personas, aprender y asumir la condición humana, sentir la vida y vivirla, descubrirse a sí mismo y entender la complejidad humana.

La experiencia educativa es un fenómeno altamente complejo, implica cuatro elementos y que en la descripción de Schwab (1983) son: el profesor, el que aprende, el currículum y el medio. Cada uno de ellos no puede darse de forma aislada y todos forman parte del conjunto. El profesor planifica el aprendizaje y aquellos contenidos que deben ser toma-

dos en consideración por parte del alumno, implicando a este en su logro, el currículum debe contener los conocimientos, habilidades y valores que integre los criterios de excelencia y que justifique su estudio, por último el medio será el contexto donde pueda fluir el aprendizaje, donde profesor y alumno puedan compartir e interpretar el significado del contenido del currículum. Los cambios en los modelos educativos, de la enseñanza al aprendizaje, nos permite crear entornos de aprendizaje continuos, alrededor de los estudiantes que les capacite para seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, permitiéndole permanecer receptivos a los cambios conceptuales, científicos y tecnológicos que vayan apareciendo durante su actividad laboral. Según la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, entendiendo por “estructura cognitiva”, al conjunto de conceptos e ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento y de su organización. Durante el proceso de orientación de los aprendizajes, un factor importante será conocer la estructura cognitiva del alumno haciendo referencia no solo a la cantidad de información que este puede tener sino también de los conceptos y proposiciones que utiliza así como de su grado de estabilidad. (Ausubel, Novak, Hanesian, 1983).

El aprendizaje significativo acaece cuando las nuevas informaciones conectan con conceptos preexistentes en la estructura cognitiva, implicando la generación de nuevas ideas, conceptos y proposiciones que adquieren significación porque las preexistentes están claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo, sirviendo esta como punto de fijación para seguir construyendo una nueva estructura.

La característica más relevante del aprendizaje significativo es que, provoca una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los conceptos relevantes pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva.

Presentamos a continuación el trabajo producto del aprendizaje y la reflexión, al finalizar la materia de Bases históricas, epistemológicas y éticas de la disciplina enfermera que se cursa en segundo de Grado en Enfermería, partiendo de los conocimientos que el alumno posee por su formación previa (Schön, 1987).

REFLEXIÓN

Cuando formalicé mi matrícula en nuestra Escuela de Enfermería buscaba descubrir un registro académico, científico y sanitario que interpelara y complementara mi formación, al tiempo que encauzara mi búsqueda de servicio al ser humano desde una plataforma privilegiada. Aunque la intuición era buena, no sospechaba el calado profundamente humanista que hallaría en mis nuevos estudios. Ese currículum oculto a los ojos legos, que a la postre, constituía el auténtico corazón de la disciplina y la brújula de la profesión (Agramonte del Sol y Leiva Rodríguez, 2007; Arredondo González y Siles-González, 2009), desbordó con mucho mis expectativas, concitó mi asombro y reclamó gran parte de mi esfuerzo. Aquellos Fundamentos de Enfermería presentados en el libro de Benavent Garcés, Ferrer Ferrandiz y Francisco del Rey (2009) con sus conceptos metaparadigmáticos (persona, salud, cuidado y entorno) hasta entonces velados, hoy siguen

erigiéndose en un terreno todavía con mucho por explorar. Consciente de la necesidad y la audacia de proseguir esta aventura, que ahora trataré, al menos de pergeñar, hago mías las palabras de Virgilio en la Eneida (Libro IX, 874) y exclamo “Macte puer, sic itur ad astra”, “ánimo, muchacho, así se va a las estrellas” (Virgilio, 2006: 484).

El punto de partida es una opción epistemológica basada en la conjunción de la hermenéutica comprensiva de Dilthey, en su intento de fundamentar las ciencias del espíritu, y la fenomenología trascendental de Husserl cuyo punto de partida es lo que se muestra por sí mismo en la conciencia- y su transformación en la fenomenología hermenéutica o analítica existencial del Dasein (el hombre como “ser ahí”) que termina por ser una ontología fundamental en Heidegger, es decir, en la facticidad de la vida se mostrará el ser de los entes (Heidegger, 1989). Se trata de un modo de ser y de mirar que, marginando la presunta objetividad que se nos vehicula en la experiencia empírica, lo dado, lo fenoménico, lo “real”, permite explorar el fenómeno que aparece en la conciencia de la persona que realiza la experiencia para comprender, mediante la expresión que hace de la misma (principalmente a través del lenguaje), el significado que en su “ser-aquí” le atribuye. Partiendo de la facticidad (binomio salud-enfermedad en nuestro caso) se busca la esencia, “la cosa misma” que nos remite a la conciencia humana y en ella al significado que le otorga desde su potencial de autoconocimiento y autointerpretación, así como desde su capacidad para develar los significados otorgados. La naturaleza es explicada, el ser humano comprendido. Sólo así tiene sentido el cuidado enfermero que ya nace con vocación filosófica, relacional y dialógica en el sentido estricto del término. En otras palabras,

la enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana en cuanto que manifestada por el sujeto y comprendida por las enfermeras (Bengoia Ruiz de Anzúa, 1992; Campos Pavan Baptista, Barbosa Merighi y Fernandes de Freitas, 2011; Durán de Villalobos, 2002; Reale y Antiseri 1992; Rivera y Herrera, 2006). Magistralmente lo expresa Lacroix: “la filosofía no es la vida, sino la palabra de la vida; es la transformación por el espíritu del acontecimiento en experiencia... El acontecimiento es lo dado en bruto, sensación, situación histórica, lo vivido en suma, es decir, todo lo que nos llega y de alguna manera hacemos; la experiencia es lo mismo, pero pensada por el espíritu y convirtiéndose por esta operación en contenido signifiante” (Lacroix, 1996a: 106).

De forma paralela a lo expuesto hay otro principio fontal, esta vez ontológico, de nuestro discurso. Efectivamente, de la mano de Heidegger afirmamos que el cuidado, cura (“sorge”) es una totalidad estructural originaria, un a priori, la fuente previa de todas actitudes y situaciones posibles de ese, “pre-ser-se- ya- en (el mundo)- cabe (el mundo)” (Gaos, 1986: 60) que es el Dasein y que genera su angustia. El cuidado es la unidad del poder-ser, del ser arrojado y de la caída (el se) de la que debe salir para llegar a su propiedad. Alcanzar esta existencia auténtica no se realiza desde el solipsismo sino desde el ser-con-los-otros. Esta exégesis ontológica es traducida a modo de filosofía narrativa con valor histórico en la vetusta fábula del cuidado, autotestimonio preontológico del “ser ahí”. Más allá de la riqueza polisémicas que el propio filósofo alemán atribuye al término, (preocupación, dedicación, solicitud, entrega) quiero quedarme con el núcleo del pensamiento al respecto: el cuidado es algo que pertenece a nuestro ser, un

existencial, algo arraigado en nuestra humanidad, origen y dominio de nuestro ser mundano. Pensar en el ser humano es hacerlo desde, en, por y para el cuidado. En definitiva, el cuidado es una estructura ontológica del hombre. El Dasein tiene el sello entiforme de la cura (Heidegger, 1927, 2000).

Ya desde la paleontología sabíamos que existe una especie de retroalimentación entre la evolución hominizadora y el surgimiento de los cuidados. Mientras la primera es la que da origen a los segundos, estos últimos son los que, al propio tiempo, garantizan la consolidación de aquella. La hominización y la humanización (expresada palmariamente en la atención al necesitado) se autoimplican. El cuidado queda así definido como el fenómeno que posibilita la existencia humana merced a la indefensión inherente con la que las personas llegamos al mundo y somos en él. Porque hemos sido cuidados somos capaces de cuidar (Agramonte del Sol y Leiva Rodríguez, 2007; Ibáñez Montsant, 2007; Torralba Roselló, 2005). La vida se revela como convivencia, interdependencia, ser –en- el –mundo, siendo ésta otra de nuestras notas definitorias (Heidegger, 2000). No es de extrañar que, siguiendo esta lógica, L. Boff afirme que el cuidado es el ethos, es decir, el hábito, el carácter, el modo de ser, la actitud fundamental de lo humano (Boff, 2002, 2012); en otras palabras, cuidar es hacer emerger el sentido de la vida (Erdmann y Bettinelli, 2003). Si nos podemos aproximar al hombre desde ópticas plurales, en una magnífica “complexio oppositorum” y definirlo como “materia emergente”, “chimpancé socializado”, “animal racional”, “zoon politikón”, “individuo comunitario”, “zoon pathetikón”, “homo ludens”, “homo sapiens”, “homo faber”, “espíritu en el mundo” “pastor del ser” sin duda, también lo podemos conceptualizar,

quizá porque todas las anteriores aproximaciones actúan a modo de trascendentales, esto es, condiciones de posibilidad, como “ser desde y para el cuidado”, “cuidador, pastor del ser” (Heidegger, 2000: 39). Él marca nuestra forma más cabal de ser hombres. La razón ontológica que subyace a esta afirmación es triple. Por una parte la ya señalada vulnerabilidad, fragilidad del nasciturus. Por otra, el carácter inacabado del ser humano, nunca factum, siempre in fieri, no ajustados ni determinados por la naturaleza, realidad que deviene y cuya índole es siempre proyectiva. Subyace en estas afirmaciones un lugar común de muchas filosofías contemporáneas desde Heidegger (primacía del advenir, sobre el “sido” y el “presentado”), Zubiri (y su “dar de sí” de la realidad humana), Ortega (la vida como actividad que se realiza hacia adelante), Julián Marías y la “estructura vectorial de la vida” o Láin Entralgo y “la vida como proyecto). Existencia que, por ende, siempre está llegando a ser y que muchas veces necesitará ser procurada, en nuestro caso a través de la capacidad de anticipación de la enfermera, concretada en información, comprensión, acompañamiento y estímulo (Rivera y Herrera, 2006; Torralba Rosselló, 2005).

En tercer lugar, porque el hombre tiene capacidad de conocerse e intervenir sobre sí, sobre los otros y sobre la naturaleza, es decir, es un ser responsable, capaz de responder. Estas características que la antropología nos ofrece para apuntalar el porqué del cuidado están bellísimamente contenidas y vehiculadas, en un lenguaje mitológico y holístico, en los relatos de la creación (Gn1, 26, 2, 4ª y 2, 4b-25); en ellos el ser humano es hecho de la tierra -adamah- y, por ende, frágil, vulnerable, finito, pero a su vez, es fruto del aliento divino, más aún, imagen y semejanza de Dios. La exégesis consolidada ve en este “ser imagen”

una triple religación constitutiva llamada a ser cultivada con esmero, a saber, con Dios, con los otros y con la naturaleza. Cuidar todas estas dimensiones será hacer emerger el sentido de la vida (Gelabert Ballester, 1999; Ruiz de la Peña, 1988).

Sobre la base del doble elemento primordial del tratado (epistemológico y ontológico) éste se decanta, según mi parecer, por una determinada corriente filosófica contemporánea de amplio espectro, el personalismo, filosofía, que como su nombre indica, se estructura en torno a la noción de persona. Vinculado en origen a nombres como el de Mounier, Nèdoncelle, Lacroix, se caracteriza por reclamar categorías propias para el hombre distanciadas del lenguaje objetivante de la naturaleza, por exaltar la afectividad como potencia espiritual insoslayable, subrayar la relación como a priori del ser, afirmar la esencial dimensión ética y religiosa de lo humano o la relevancia filosófica del amor, tematizar la corporeidad humana, huyendo de falsos dualismos, e incidir en la socialidad inherente de la persona (Burgos, 2000; Domingo Moratalla, 1985). A propósito de algunos rasgos enunciados podemos suscribir que el amor, la fe o la esperanza, no en clave teologal, pero tampoco excluyente de la misma, son dinamismos anímicos propios de lo humano, tan intangibles como saludables. Este reconocimiento de la espiritualidad del hombre nos eleva también, sobre el sustrato biofísico, aunque enraizados en él, nos alza por encima de la bruta materialidad, para considerar a la persona como ser trascendente, en continuo autorrebasamiento, apertura finita a lo infinito, ser en el mundo en la forma de trascendencia respecto del mundo. El animal está perfectamente ajustado a su nicho ecológico, el ser humano no; hay un desajuste crónico entre él y su mundo que le impulsa



a superarlo en vez de reposar sobre él. Existe, pues, un momento óptico transmaterial de la realidad humana que funda objetivamente el valor del hombre y justifica la dignidad del cuidado. Plus de valor que reclama un plus de ser; plus de ser que impele a un plus de acción (Ruiz de la Peña, 1988). Quizá por eso, cuando el resto del personal sanitario desaparece, sigue en escena la enfermera. Y esto, incluso en el momento más crítico de todo hombre, la hora de la muerte, fenómeno inexorable, pero también problema y misterio antropológico. El ser humano, que ha ido haciendo experiencias anticipatorias a lo largo de su itinerario terreno, debe entonces apurarlas de un trago en el instante postrero, hito que amenaza con precipitarnos en la nada o promete introducirnos en la Vida, en Dios. Cerca del final, para mí, donde todo empieza, el cuidado debe erigirse en plataforma analgésica del soma doliente si fuera necesario, pero, fundamentalmente, de respeto, compañía, acogida, paz interior, agradecimiento e integración (Kottow, 2011). Reverencia y sacralización del cuidado que nos evoca las teorías del final tranquilo de Ruland y Moore (como se cita en Marriner Tomey y Raile Alligood, 2008: 779-785). *Ars moriendi* corolario del *ars vivendi* del que la enfermera ha de ser maestra y testigo.

Ahora bien, si algo también ha quedado patente en nuestro curso es que éste no se ce-

ñía a un discurso de escuela, aunque fuera tan ajustado como el del personalismo, antes bien, conscientes de la heterogeneidad e imbricación de lo real, especialmente de lo humano, nunca ha olvidado que su marco de referencia era el paradigma de la complejidad. Dialéctico, subjetivo, inclusivista, abierto, relacional, paradójico, caótico, disipativo, incierto, heterogéneo, recursivo, uno en lo múltiple... halla su microcosmos más logrado en el hombre (Ferrer Ferrandis, 2003; Morin, 2003; Patiño, 2008). Chimpancé socializado e imagen de Dios, materia y trascendencia, individualidad referida a lo grupal, herencia y proyecto, destino y creatividad, inconsciencia y libertad, naturaleza e historia, condicionado e infinito, “el hombre es algo infinitamente superior al hombre” (Pascal, 1986:109). Tener conciencia de su realidad tensional nos ayuda a afrontar adecuadamente el desafío de una existencia que es poco previsible y lineal.

Uno de los usos de la razón que de forma tácita ha guiado nuestro itinerario ha sido lo que podemos llamar con María Zambrano, razón cordial, mediadora, poética o misericordiosa. Ésta, volcándose sobre la vida, sin abstraerla, ni conceptualizarla, embebiéndose en ella, quizá sin explicarla de manera clara y distinta, pero tampoco sin mutilarla, arroja un intenso rayo de luz en una existencia que padece su propia paradoja y trascendencia. La razón compasiva no se adueña ficticiamente de la realidad, etiquetándola conceptualmente o someténdola a leyes con las que controlarla, sino que traza un horizonte en el que el estatuto propio del ser humano no es el cogito cartesiano, ni la razón instrumental de nuestros días, sino el sentimiento, la emoción, la solidaridad, el afecto, la empatía, en definitiva, aquellas actitudes que nos ponen en comunión y en transacción fructífera con los otros (Boff,

2012; Erdmann y Bettinelli, 2003; Zambrano, 1987). De la mano de las consideraciones precedentes hemos sembrado el Logos y el Pathos propio de la enfermería, es decir, del cuidado:

Cuidar es des-centrarse, salir de uno mismo, partir de mi yo, desde el nosce te ipsum previo, es decir, desde la autoposesión emocional y mental, y pertrechado con los conocimientos, métodos y actitudes, hacia el Tú que me necesita y me devuelve a mí, ya de otra manera (Erdmann y Bettinelli, 2003; Torralba Roselló, 2005); entrar en el mundo fenomenológico de la persona para movilizar su interior, allí donde jamás accederán los fáciles automatismos meramente farmacológicos y biomédicos; salir hacia el “otro” en cuanto “otro”, sin proyectar sobre él mis ideales, conocimientos o prejuicios de cualquier índole y aceptarme vulnerable frente a su indisponibilidad. Dejarle ser e impactarme. “Lo cual implica aún una ascesis dolorosa mediante la que nos alejamos de nuestra propia mentalidad para someternos a la del otro, mediante la cual, de alguna forma, nos alejamos de nuestro propio espíritu para introducirnos en la intimidad del otro (Lacroix, 1996a, p. 97). Gráficamente, lo concreta también la profesora Ferrer en el cuidado de comodidad cuando afirma: “los cuidados de comodidad imbrican, la palabra, la mirada y la comodidad del propio sujeto frente a la palabra, la voz, la mirada y la comodidad del cuidador” (Ferrer Ferrandis, 2007: 8). El cuidado tendrá como meta en sí misma a la persona, nunca será un vehículo para desarrollar la propia ciencia o habilidad instrumental. Entramos de lleno en el imperativo categórico kantiano: “actúa de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona, como en la persona de cualquier otro, siempre como fin al mismo tiempo y nunca solamente como medio” (Kant, 1785: 15). Permítaseme la osadía de

dar un paso más y afirmar que, cada vez que el hombre ama algo que no está sujeto a él, es, conscientemente o no, un acto de fe en Dios, Aquel que desde la eternidad está saliendo y que en las misiones del Hijo y del Espíritu lo hace de manera insuperable. Como magistralmente recoge De civitate Dei (XIV, 28): “dos ciudades han surgido sobre dos amores. Del amor a sí mismo hasta el desprecio de Dios, la ciudad terrena, del amor a Dios hasta el desprecio de sí mismo, la ciudad celestial” (San Agustín de Hipona, 2001:137).

En función de lo sostenido habrá que abrazar el principio metodológico, tras el cual subyace la esencia de todo verdadero saber, la docta ignorancia reconocida ya por Nicolás de Cusa. La autoconciencia de los propios límites, no sólo es un imperativo del paradigma de la complejidad, sino que es la condición de posibilidad de ejercer la auténtica enfermería. Únicamente, el unknown, el “saber menos” (Rivera, 2003), me capacita para entrar en la subjetividad del otro, punto arquimédico del cuidado. Debe haber un primer movimiento de puesta entre paréntesis, de retirada, para que el otro sea; “agnosticismo epistemológico” que permita desinstalarme de mis falsas seguridades para que el otro manifieste su irreductible novedad y permita así cada día que la enfermera desempeñe su profesión como el milagro de la primera vez. Al respecto, la singularidad y pluripotencialidad de la subjetividad humanana y sus respuestas hacen del acto de cuidar un acto creativo, imaginativo, que trasciende las posibilidades preceptuales para buscar la excelencia (Verum y Bonum) de la intervención, convirtiéndolo así en un acto estético (Pulchrum), artístico (Durán de Villalobos, 2005). Los pensadores medievales hablaban de esos atributos del ser, referidos en última instancia a Dios. En esta línea, ya ad-

virtió Dostoiewski (1964:84), sirva su cita para anticipar nuestra conclusión, que: “la belleza salvará al mundo”.

Volcado siempre en el tú necesitado, la enfermera deberá proteger uno de los principios universales, patrimonio universal de la humanidad desde la Ilustración, me refiero a la autonomía. Se trata de, en la medida de lo posible, hacer que el sujeto haga por sí mismo. Allende cómodas prácticas asimétricas y supletorias, afirmar la dignidad de la persona pasa por potenciar sus propios recursos de salud, ejercicio co-creador, mayéutico, socrático, de alumbrar las potencialidades del otro, pero que, también reclama gran hondura ética y solidez interior, aquellas que difícilmente se aprenden en los manuales académicos. Y este des-centramiento que nos preocupa hay que hacerlo desde el convencimiento de que ese éxodo también supone para mí un don que me humaniza (Torrallba Roselló, 2005); “el que pierda su vida por mí, la ganará” (Lc 9, 24). La alteridad, tan enraizada con el altruismo, es la que me alza hacia el camino de mi identidad, permitiéndome acceder a mí mismo desde quien no soy yo, al tiempo que se erige en verdadera auctoritas, sin las connivencias egolátricas de la potestas, que permite orientar hacia la realización y el hallazgo de su destino al que me ha sido confiado. ¡Lograda retroalimentación humana!

Cuidar es también interacción, participación y afecto (Daza de Caballero, Torres Piqué y Prieto de Romano, 2005), solicitud, preocupación por el otro; más aún, es amor atento, inquieto, incluso “dolor amoris” (“amor meus crucifixus est”); es mantener, estimular, fomentar, impulsar, desarrollar la vida; es compasión en su estricta etimología, es decir, empatía, según lograda formulación de Edith Stein, co-sentir en su hacer previo a cualquier entender y en todo su potencial movilizador

tan antitético a la indiferencia (Torrallba Roselló, 2005). No puedo contener en esta descripción la referencia obligada de cuño teológico-cristológico, pues cada uno de estos atributos define al Dios de la tradición bíblica, cuyo paroxismo hallaremos en la Encarnación del Verbo hasta su muerte en Cruz. Un Dios que no salva del sufrimiento sino en y desde el sufrimiento. No es casual este paralelismo, antes bien, desde mi óptica, es una relación etiológica, esto es, la razón de ser de que el cuidado humano sea tan divino. No en balde si el cuidado nos humaniza, Cristo es reconocido desde la fe como el paradigma de lo humano. Por eso en Él reconocemos un Dios digno del hombre. Decir Dios es sinónimo de cuidado (Vidal Taléns, 2003).

En nuestro intento por concretar hasta el máximo la esencia del cuidado hablamos de ternura vital, afecto que conoce, tan cerca del “corazón” pascaliano y su “espíritu de finura” (Pascal, 1986:5), de la caricia esencial, afirmación de valor y sentido, a veces contra todo aparente sinsentido (postulado del Misterio), de la amabilidad fundamental, pues cada persona es digna de ser amada, considerada y ben-decida y de la compasión radical, es decir, ese compartir el lugar del otro sufriente en relación de ayuda, salud y “salvación” (Boff, 2002, 2012). La imagen de la Trinidad misericordiosa de Caritas Müller con la que cierro el trabajo, la de un Dios volcado maternal y compasivamente sobre el hombre doliente, es una inmejorable y conmovedora glosa divina a cuanto venimos diciendo. Pero ¿cómo trasladar esta vivencia a quienes no comparten mis coordenadas?. Quizá las ideas de Levinas (1974), puedan ayudarme, aún perdiendo en primera instancia la intensidad teodramática cristiana, por presentar una religiosidad en clave ética. Para el filósofo judío la respuesta

a la apelación sin remedio del otro es la única coyuntura en la que toma sentido el nombre de Dios. El Dios ausente, el Dios del silencio, se deja notar “lateralmente” en el rostro del otro hombre. La huella de Dios, aquello que significa sin hacerle aparecer, es el imperativo ético que para mí conlleva el ser humano desnudo enfrente de mí que me interpela desde su necesidad inmediata. La compasión humana es la huella que Dios dejó en el mundo. Ir hacia Dios exige siempre “irrectitud”, ir hacia los demás hombres. En ese salir hacia la otra orilla, en el signo de mi donación, estoy expresando al Infinito. Cuando queremos aprehenderlo únicamente tenemos una mano que ofrecer a un rostro que se me ofrece (Torralba Roselló, 2005). En estas coordenadas ubicamos perfectamente el adagio clásico de Plinio el Viejo, según el cual “Deus est mortali iuvare mortalem”, es decir, “para el mortal, Dios es ayudar al mortal” (como se cita en Torres Queiruga, 1998: 134). Dios nunca acontece tan honda e intensamente como cuando un hombre acude al encuentro de otro. Extraño lenguaje de la trascendencia que sólo es posible como don que atestigua. Y testimoniar significa afirmar: “heme aquí”; ese ofrecimiento transitivo es expresión de la gloria divina. Dios no tiene por lo tanto más gloria que la aventura humana de la aproximación compasiva al otro (Levinas, 1974; Tudela, 2012). Esta ontología de la intersubjetividad nos ofrece los datos de una Teología perfectamente expresable como “intellectus amoris”, y que, por ello, nos permite vincularla con el corazón de la Enfermería y atrevernos a recordar que “sólo el amor es digno de fe” (Von Balthasar, 1999).

Ahora bien, dando un paso más allá y para adentrarnos de lleno en la originalidad del amor cristiano, hay que recordar que éste es primigeniamente un movimiento syn-katábico (con-descendiente) y com-paciente, para-

dójico recurso divino para vencer el misterio del dolor humano. En Jesucristo Dios nos ha re-velado el misterio escondido desde antes de los siglos. El amor oculto es un amor herido. La herida del Dios que se esconde es el hombre. El Dios evangélico se esconde en el amor frágil, herido, desarmado, amor saludable y para siempre en comunión con nuestra humanidad sufriente (Quinzá, 2006). Estas coordenadas son las únicas que nos permiten adentrarnos en la imagen con la que clausuro mis reflexiones.



Figura 1. Trinidad Misericordiosa, cerámica de Caritas Müller (Comentada por Quinzá, 2006).

En efecto, incidiendo en el impacto de esta expresiva imagen del Dios evangélico, siempre al servicio del hombre hasta el extremo (“sus cicatrices nos curaron” Is 53, 5), me aventuro a sostener que su función y, mutatis mutandis, la de cada enfermera, es proteger la humanidad. Ahí reside la belleza del alma y el acto más creativo y estético de cuantos podamos realizar. Es entonces cuando emerge el vértigo ante la titánica empresa que nos aguarda, más no el miedo. Elegir ser enfermero es una forma auténtica de vivir, no de ser vivido. ¡“Jalepá ta Kalá”, “lo bello es difícil”! (Platón, 1945, 304e, p.21).

REFERENCES

- Agramonte del Sol, A. y Leiva Rodríguez, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer*, 23(1), 1-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192007000100003&script=sci_arttext
- Arredondo González, C.P. y Siles-González, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm*, 18 (1), 32-36. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000100007&script=sci_arttext
- Ausubel, D.P., Novak, J.D., Hanesian, H. (1983). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas.
- Benavent Garcés, A., Ferrer Ferrandis, E. y Francisco del Rey, C. (2009). *Fundamentos de enfermería (2ª ed.)*. Madrid: DAE (Grupo Paradigma).
- Bengoa Ruiz de Anzúa, J. (1992). De la fenomenología a la hermenéutica. En J. Bengoa Ruiz de Anzúa (Ed). *De Heidegger a Habermas: Hermenéutica y fundamentación última en la filosofía contemporánea* (pp. 41-82). Barcelona: Herder.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.
- Boff, L. (2012). Fundamentos filosófico-antropológicos del cuidado. En L. Boff, (Ed). *El cuidado necesario* (pp. 31-40). Madrid: Trotta.
- Burgos, J. M. (2000). *El personalismo*. Madrid: Ediciones Palabra.
- Campos Pavan Baptista, P., Barbosa Merighi, M.A., Fernandes de Freitas, G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, (29), 9-15. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17446/1/Cultura_Cuidados_29_02.pdf
- Daza de Caballero, R., Torres Piqué, A.M., Prieto de Romano, G.I. (2005) Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Interacción, participación y afecto*. *Index Enferm*. 14(48-49), 18-22. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000100004&script=sci_arttext
- Domingo Moratalla, A. (1985). *Un humanismo del siglo XXI: el personalismo*. Madrid: Ediciones Pedagógicas.
- Dostoiweski (1964). *El idiota*. Barcelona: Editorial Juventud.
- Durán de Villalobos, M.M. (2002). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2, (2), 7-18. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
- Durán de Villalobos, M.M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichuán*, 5 (1), 86-95.
- Erdmann, A.L., Bettinelli, L.A. (2003). El ser humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado. *Aquichan*, 3 (1), 48-51.
- Ferrer Ferrandis, E. (2003). Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. *E.ducare21*, 2 (1). Recuperado de <http://enfermeria21.com>
- Ferrer Ferrandis, E. (2007). Comodidad: acción de cuidado, como pensamiento como hecho cuidativo y como resultado de la acción de cuidar. *E.ducare* 21,35(5). Recuperado de <http://enfermeria21.com>
- Gaos, J., (1986), *Introducción al ser y tiempo de Martín Heidegger*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gelabert Ballester, M. (1999). *Jesucristo, revelación del misterio del hombre. Ensayo de antropología teológica*. Salamanca-Madrid: San Esteban-Edibesa.
- Heidegger, M. (1927). *El cuidado como ser del Dasein*. En Heidegger, M (ed). *Ser y Tiempo* (pp. 182-228). Recuperado de <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Heidegger/Ser%20y%20Tiempo.pdf>
- Heidegger, M. (1989), *El Ser y el Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Heidegger, M. (2000). *Carta sobre el humanismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ibáñez Montsant, X. (2007). Una revisión sobre las prácticas de cuidados en el Paleolítico Inferior y Medio. *Metas de enfermería*, 10 (6), 9-16.
- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Recuperado de <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Kant/fundamentacion%20de%20la%20meta>

- fisica%20de%20las%20costumbres.pdf
- Kottow, M., (2011), Fenomenología del tiempo en Medicina. Revista Bioethikos 5 (1), 21-27.
 - Lacroix, J. (1996a). Amor y persona. Madrid: Caparrós Editores.
 - Lacroix, J. (1996b). El pensamiento y la acción. En Lacroix, J. (ed). Amor y persona (pp. 101-119). Madrid: Caparrós Editores.
 - Levinas, E. (1974). Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. La Haya: Martinus Nijhoff.
 - Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M. (2008). Modelos y teorías en enfermería (6ª ed). Madrid: Harcourt Elsevier.
 - Morin E. (2003). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.
 - Pascal, B. (1986). Pensamientos. Madrid: Planeta.
 - Patiño, J.F. (2008). Oncología, caos, sistemas complejos adaptativos y estructuras disipativas. Rev Colomb Cir, 17 (1), 5-9.
 - Platón (1945). Hippias Mayor. Recuperado de <http://www.historicodigital.com/biblioteca-clasica.html?download=83>.
 - Quinzá, X. (2006). Dios que se esconde. Bilbao, Desclée de Brouwer
 - Reale, G., Antiseri, D. (1992). Fenomenología, existencialismo, hermenéutica. En G. Reale y D. Antiseri (Eds). Historia del pensamiento filosófico y científico (pp. 493-527). Barcelona: Herder.
 - Rivera, M.S. (2003). Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional. Horizonte de Enfermería, 14, 21-32.
 - Rivera, M.S. y Herrera, L.M. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de Enfermería. Texto Contexto-enferm, 15 (supl.), 158-163.
 - Ruiz de la Peña, J.L. (1988). Imagen de Dios. Antropología teológica fundamental. Santander: Sal Terrae.
 - San Agustín de Hipona. (2001). Obras completas. La Ciudad de Dios (5ª ed, 2ª reimpresión). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
 - Schwab, J. (1983). Un enfoque práctico como lenguaje para el curriculum. En J. Gimeno Sacristán y M.A. Pérez Gómez. La enseñanza, su teoría y su práctica. Madrid: Akal.
 - Schön, D. (1987). La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós. MEC.
 - Torralba Roselló, F. (2005). Esencia del cuidado. Siete tesis. Sal Terrae, 93, 885-894. Recuperado de http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:UNY2tmkG4vUJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2005&as_yhi=2005
 - Torres Queiruga, A. (1998). Recuperar la creación. Por una religión humanizadora (2ª ed.) Santander: Sal Terrae.
 - Tudela, J.A. (2012). Proximidad y compasión. Escritos del Vedat, XLII, 299-327.
 - Vidal Taléns, J. (2003). Encarnación y cruz. El mayor amor y la mayor esperanza. Valencia: Facultad de Teología "San Vicente Ferrer" y EDICEP, 171-225.
 - Virgilio, (2006). La Eneida (10ª ed.). Madrid: Cátedra.
 - Von Balthasar, H.U. (1999). Sólo el amor es digno de fe. Salamanca: Sígueme.
 - Zambrano, M. (1987). Pensamiento y poesía en la vida española. Madrid: Ediciones Endymion.

Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua

Traditional and spiritual care practices in nahua Indian community

Práticas de cuidados tradicionais e espirituais em uma comunidade Nahua

Eunice Victoria García Piña¹, Marco Antonio Cardoso Gómez², Carlos Serrano Sánchez³, Rosa María Ostiguín Meléndez⁴

¹Licenciada en Enfermería y Obstetricia, ²Doctor en Antropología, ³Doctor en Antropología, ⁴Maestra en Enfermería.

Cómo citar este artículo en edición digital: García Piña, E., Cardoso Gómez, M.A., Serrano Sánchez, C. y Ostiguín Meléndez, M^a. (2015). Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.06>

Correspondencia: Ayuntamiento 114, Col. La Fama, Del. Tlalpan, C. P. 14269. México, D. F.

Correo electrónico: eunice1388@hotmail.com.

Recibido: 6/11//2014; Aceptado: 20/02/2015



ABSTRACT

The object of study of nursing has been defined by various authors. When considering these definitions in Mexican practice, it is decontextualized or new definitions are created to attempt to standardize a view of the practice of care; these proposals consider primarily biological aspects, while sidestepping social, cultural and / or spiritual aspects that are part of the lifeways of individuals subject to care.

Objective: Describe the practices of traditional and spiritual care in a Nahua community and provide information on the empirical knowledge of care practices in that community, which complement the conceptual frameworks of nursing.

Methodology: Qualitative, phenomenological. Informants: tepatih (tepatih: Nahuatl, referred to as “the healer”) and a Catholic priest. Both are complementary elements, responding to specific features of the community by dealing with situations of illness within their own ideological and cultural worldview, an important consideration to reinforce current theoretical frameworks relevant to nursing.

Keywords: Care practices, spirituality, Indian community, traditional medicine.

RESUMO

Introdução: O objeto de estudo da enfermagem foi definido por vários autores. Ao considerar essas definições na prática mexicana, é descontextualizada ou novas definições são criados para tentar padronizar uma visão da prática de cuidados; estas propostas consideram os aspectos biológicos, principalmente, enquanto negligenciando os aspectos sociais, culturais e / ou espirituais que fazem parte dos modos de vida das pessoas sujeitas aos cuidados.

Objetivo: descrever as práticas de cuidados tradicionais e espirituais em uma comu-

nidade Nahua e fornecer informações sobre o conhecimento empírico das práticas assistenciais dessa comunidade que complementam os modelos conceituais de enfermagem.

Metodologia: Qualitativa, fenomenológica. Informantes: tepatihs (“aquele que cura” ou “curandeiro”, em náhuatl) e um ministro da igreja católica. Las técnicas utilizadas foram: entrevistas em profundidade, observação participante e dados do trabalho de campo.

Resultados e conclusões: Em Tequila, as práticas de cuidados tradicionais possuem dois componentes principais: o primeiro, oferecido pelos tepatihs, cura as doenças comuns na região e está baseado na fé; o segundo tipo se trata dos rituais religiosos, isto é, das expressões do cuidado espiritual oferecido pela ministra da Igreja Católica. Ambos os elementos são complementários. De esta forma, se manifestam as características específicas da comunidade para lidar com as situações de doença de acordo com a sua própria estrutura ideológica-cultural. Ambas posturas são importantes na hora de considerar os modelos teóricos de enfermagem.

Palavras-chave: práticas de atenção, espiritualidade, comunidade indígena, medicina tradicional.

RESUMEN

Introducción: El objeto de estudio de enfermería ha sido definido por varios autores. Al considerar estas definiciones en la práctica mexicana, se descontextualiza o en su caso, se crean definiciones que pretenden estandarizar la práctica del cuidado, atendiendo principalmente aspectos biológicos y soslayando aspectos sociales, culturales y/o espirituales que forman parte de la forma de vida de las personas.

Objetivo: Describir las prácticas de cuidado tradicional y espiritual y ofrecer informaci-

ón sobre los conocimientos empíricos de prácticas de cuidado en una comunidad indígena nahua, que complemente los marcos conceptuales de enfermería.

Metodología: Cualitativa, fenomenológica. Los informantes: tepatihs (tepatih: en náhuatl, referido como “el que cura”) y una ministra de iglesia católica. Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo.

Resultados y conclusiones: En Tequila, las prácticas tradicionales de cuidado tienen dos componentes esenciales: el primero ofrecido por los tepatihs y apoyado en la fe, curar enfermedades de la región; y el segundo ofrecido por la ministra de iglesia, los rituales religiosos, expresión de los cuidados espirituales. Ambos elementos complementarios. Se manifiestan rasgos de la comunidad para afrontar situaciones de enfermedad desde su propio marco ideológico-cultural, importantes para retroalimentar los actuales marcos teóricos de enfermería.

Palabras clave: Prácticas de cuidado, espiritualidad, comunidad indígena, medicina tradicional.

INTRODUCCIÓN

México es un país con una amplia diversidad cultural y poblacional. Se estima que un 10.5% de la población total es indígena. En todos los estados de la República Mexicana hay población indígena, excepto en cinco. Los estados con mayor población indígena son Chiapas, Oaxaca y Veracruz (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2012).

En México, 6 695 228 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena, de las cuales 1 544 968 hablan náhuatl, representan-

do así a la lengua nativa más hablada del país (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2010).

El estado de Veracruz, reúne al 10% de la población indígena del país (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2012), de este porcentaje, los nahuas representan el grupo más numeroso, con un total de 355 785 personas, seguidos de los totonacas, huastecos y popolucas (INEGI, 2010). La Sierra Zongolica pertenece a la región de las Grandes Montañas donde se concentra el mayor número de municipios de Veracruz, y también el mayor porcentaje de hablantes de náhuatl del estado (Martínez, 2010). Por lo anterior, y por ser una comunidad representativa, se eligió el municipio de Tequila, en la Sierra Zongolica para llevar a cabo el estudio.

MARCO CONCEPTUAL

Existe toda una gama de definiciones referentes al cuidado; mismas que obedecen a cuestiones teóricas de su desarrollo y función. Sin embargo, el contexto histórico y social en que se desenvuelva el cuidado determinará el quehacer de la profesión, así como la generación de conocimientos sobre la enfermería.

El cuidado ha existido desde los primeros antepasados humanos, pero la preocupación por una definición surge más adelante, con la enfermería como profesión.

El concepto de cuidado se ha construido a través del tiempo en función de los momentos históricos y las circunstancias socio-culturales de los grupos que reciben el mismo. Es así que Madeleine Leininger, “durante su trabajo en el área de psiquiatría infantil observó que el personal sanitario no comprendía los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños y las diferencias en las necesidades de atención; lo cual llevó a ella y a sus compañeras

de trabajo a hacerse muchas preguntas sobre cómo cuidarlos mejor” (Tomassini, 2013).

Según Tomassini, “al no encontrar respuestas en la enfermería comenzaron a recurrir a otras disciplinas, y fue durante estos años que Leininger conoce a la famosa antropóloga Margaret Mead, cuya influencia será decisiva para explorar las posibles relaciones entre la antropología y la enfermería. Leininger fue la primera enfermera en obtener un título y un doctorado en antropología, estudiando en profundidad a por lo menos seis culturas” (Tomassini, 2013).

Derivado de aquel contexto hospitalario y de los estudios etnográficos que realizó, Leininger, definió el cuidado como la “ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidado personalizado, dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales” (Kerouac, 1996). Las situaciones que llevaron a Leininger a enfocarse en el aspecto cultural son significativas para la enfermería de hoy en día, sin embargo, es importante retomar también lo que proponen otras teóricas desde su experiencia particular.

Tal es el caso de Jean Watson, quién como profesora, fue inspirada por sus alumnos y plantea una teoría del cuidado humanizado, con la finalidad de brindar a la disciplina un marco epistemológico y ontológico capaz de utilizarse en la docencia (Urrea, Jana, García, 2011). “Se apoya en la filosofía de la alteridad de Emanuel Levinás y Knud Logstrup, en la búsqueda de un modelo de ciencia que reintegre la metafísica con el dominio material y así reencuentre la trascendencia del ser en el mundo y con los otros (Urrea, Jana, García, 2011). Además, sienta las bases de su teoría en

el existencialismo, la fenomenología y la psicología.

Watson (citada en Cohen, 1991) propone la siguiente definición de cuidado: “cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a la que la otra persona los experimenta” Además como parte de sus supuestos teóricos, hace alusión a la importancia de “la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, puesto que son vivencias que han estado presentes a lo largo de toda la historia y de la narrativa que da cuenta de la convivencia de la especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos” (Cohen, 1991).

A lo largo de la historia de la enfermería, las diferentes definiciones de cuidado han guiado la práctica de esta disciplina. Sin embargo, también han limitado su quehacer al ser definiciones creadas en torno a un grupo de personas, época o perspectiva, dado que la teoría, a la vez que revela, simultáneamente oculta (Rodríguez, Gil, García, 1999).

Esto lleva a inferir que ante la falta de una definición de cuidado desarrollada en el contexto mexicano, se pudo haber descontextualizado la práctica e identidad enfermera, puesto que la teoría de enfermería que daría sustento y cohesión a sus intervenciones y perspectivas, no existe hasta la fecha.

Contar con una amplia gama de definiciones de cuidado ha facilitado utilizar una u otra en diferentes épocas y lugares. Sin embargo así como ventaja, también ha sido un menoscabo en la cohesión en el quehacer de la profesión, reflejándose en la falta de identidad y desconocimiento del propio objeto de estudio.

En este sentido se considera que es más útil establecer lineamientos que sirvan de guía

para estandarizar la creación de definiciones (Cardoso, Figueroa, Moreno, Orozco, 2003). Asimismo, éstos no deben pasar por alto la pertinencia de explorar las necesidades de cada persona.

Como menciona Watson (citada por Urra, Jana, García, 2011): “la enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas”.

La salud y la enfermedad también son conceptos que no deben concebirse estrictamente biológicos e individuales, sino que deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas. (Caba 1990, citado por Palomino, Grande, Linares, 2014: 74). La salud es entendida como un proceso de adaptación; a partir del cual, salud y enfermedad son fenómenos relacionados con acontecimientos biológicos, la trayectoria personal, el entorno físico, social y cultural de las personas, en una relación que envuelve la vida de las personas (Palomino, Grande, Linares, 2014: 74.) La propia OMS reformula en los años noventa su noción de salud para expresar que la salud es un concepto positivo entendido como un potencial o capacidad de realización personal que incluye aspectos espirituales (OMS1998, citado por Palomino, Grande, Linares, 2014: 75).

De ahí la importancia de realizar el presente estudio, en el que se identifican aspectos espirituales trascendentales en los procesos de salud-enfermedad y que brindan un mayor conocimiento de la persona y sus necesidades. Para que una relación de ayuda sea eficaz es fundamental que el profesional de enfermería

tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales de la persona a la que presta cuidados, atendiendo al sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a su situación de crisis, a la enfermedad, etc. (Cánovas, 2008: 36).

CONTEXTO

Tequila es un municipio ubicado en la Sierra Zongolica a 18.6 km. de distancia de la Cd. de Orizaba, Veracruz. “El Municipio de Tequila, tiene su origen del topónimo que se compone de Tequitl que quiere decir “tributo” y Tlan igual a “lugar”, por lo que literalmente significa: lugar donde se paga tributo” (Zepahua 2014).

Tequila cuenta con 14,648 habitantes, de los cuales 11,211 son hablantes de la lengua indígena náhuatl (INEGI, 2010)

En el aspecto físico, la mayoría de los caminos en Tequila son de tierra y piedras. Para llegar a las casas es necesario caminar sobre elevaciones y depresiones de varios metros e incluso kilómetros de longitud, lo que limita o dificulta el acceso a algunas viviendas de la comunidad. Los caminos son estrechos, generalmente sólo cabe una o dos personas y las casas están sobrepuestas, por lo cual, en algunas ocasiones, el acceso sólo se logra agachándose. El acceso es únicamente a pie. Hay caminos planos para automóviles, sin embargo no se utilizan por el costo que implican.

A lo abrupto del terreno se suma la inexistencia de pavimento o medios de acceso (escalinatas, rampas, etc.), pues el terreno está conformado de tierra suelta y rocas. Hay lluvias la mayor parte del año, por lo cual el suelo es extremadamente lodoso al formarse encharcamientos que dificultan el caminar sin humedecerse los pies. El mes más lluvioso es junio, aunque prácticamente hay lluvia todo el verano y otoño.

El clima es templado-húmedo-extremoso por la abundante vegetación, los árboles son muy altos y se encuentran a los lados de todos los caminos. Hace mucho frío, sobre todo en las mañanas y en las noches, acompañado de neblina.

Las viviendas, en su mayoría, están construidas de madera con techo de lámina de cartón. Entre las maderas que forman las paredes se observan espacios que permiten la entrada del viento e incluso de arañas, moscos u otros insectos, que son muy comunes en la región, tanto por el clima como por la vegetación. Los pisos de las viviendas son de tierra y en muy pocas, de cemento. En todas las casas hay un altar, grande en la mayoría de los casos, que se organiza por niveles como en escalera, en el cual hay imágenes, flores y algunas veladoras.

Respecto a las condiciones de morbilidad, son frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y sus complicaciones, así también, existen las enfermedades agudas, sobre todo del sistema respiratorio y otras no identificadas. Esto es referido por las personas. Ellos manifiestan tener alguna enfermedad desconocida porque “no han ido al médico”. Por ejemplo un señor en silla de ruedas responde ante el cuestionamiento ¿de qué está usted enfermo? –“No sé, perdí la fuerza en mis piernas y ya no pude caminar. Nunca fui al doctor, pero no me siento mal, sólo son las piernas, no puedo caminar”. Otro ejemplo: el caso específico de una señora que padece diabetes tipo 2. Ella menciona: “...me dolía mi pie, fui al doctor y me operaron porque me dijeron que tenía pus en la rodilla y ahora tengo que usar andadera”. El uso de la andadera le dificulta la movilidad, y más en un área física con las características mencionadas, en la que desplazarse con algún dispositivo para la deambulacion es imposible, por la irregularidad del suelo. De ser posible el traslado, se requie-

re la colaboración de dos o más personas para ayudarla a descender, prácticamente en andas.

Para las personas de la comunidad, la salud implica movilidad, realizar sus actividades cotidianas sin apoyo y satisfacer sus necesidades diarias. El concepto de enfermedad tiene que ver con la limitación para realizar actividades cotidianas.

En Tequila aún se conservan prácticas tradicionales de cuidado, por ejemplo: una de las habitantes de la comunidad llamada Imelda, quién es ministra de iglesia, visita de manera voluntaria a toda persona enferma o senil, sin importar el tipo de padecimiento que presentan.

OBJETIVO:

- Describir las prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua.
- Ofrecer información sobre los conocimientos empíricos de las prácticas de cuidado en una comunidad indígena nahua, que complemente los marcos conceptuales de la enfermería.

METODOLOGÍA

En el presente estudio, se construyó la siguiente definición de prácticas de cuidado: comportamientos que son configurados por la cultura y que son promovidos por los miembros de una sociedad. Su finalidad es satisfacer las necesidades de supervivencia y bienestar físico, emocional y espiritual, de cada uno de los miembros de esa sociedad. La definición orientó el análisis y categorización de los datos.

Se vincula al ámbito de la antropología aplicada, entendida como ofrecer “un conjunto general de principios a los que debe adecuarse cualquier programa de acción si se quiere que tenga éxito” (Harris 1996).

Los datos que se exponen fueron obtenidos mediante la metodología cualitativa entendida: “no como una solución, más bien, como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud” (Ulin, Robinson y Tolley, 2006: 7).

El método fue fenomenológico porque estudia, tanto las realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y experimenta (Martínez, 2001), como la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y re-construyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida cotidiana (Mercado 1996).

Los informantes son cuidadores de la comunidad: tepatihs y ministros de iglesia.

Las técnicas de recolección de datos: entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo.

Análisis de la información: se grabaron y transcribieron las entrevistas y se analizaron mediante los procedimientos descritos por Miles y Huberman (1994): reducción de datos, separación y clasificación de unidades en categorías. El diario de campo también se analizó de la misma manera.

Ética: se utilizó el consentimiento informado por escrito con cada uno de los participantes.

Validez del estudio: triangulación entre técnicas y de datos (diario de campo, entrevista a profundidad y observación participante), con literatura científica y con investigadores de diferentes universidades, que han realizado investigaciones en la zona de estudio.

RESULTADOS

Prácticas de cuidado tradicional

Los tepatihs son los curanderos de la comunidad, la muestra de tepatihs se conforma de dos especialistas en enfermedades de niños y un huesero, todos con más de 20 años llevando a cabo la labor de manera voluntaria, quienes reciben a cambio un poco de pan, azúcar, refresco o algún donativo voluntario. Brindan atención todos los días a cualquier hora.

Todos ellos identifican como principales padecimientos, los denominados: empacho, espanto, quebrantamiento, calentura, mal de ojo y cólicos, cada uno de ellos tiene síntomas específicos que los distingue y así también existe un tratamiento específico para curarlo.

En el empacho, se identifican síntomas como la pérdida del apetito y dolor abdominal. Para el tratamiento se utiliza el unto de cerdo (grasa que se extrae de la piel del cerdo), mismo que se aplica en el abdomen del niño y se embueca (embuecar: dar ligeras palmaditas en la espalda del niño).

En el espanto los síntomas que se identifican son pérdida del apetito asociado a algún evento impresionante reciente. El material médico que se utiliza es hierba de espanto, hoja de aguacate, y esencia maravillosa. Se prepara un té de hierba de espanto con hoja de aguacate y se le adiciona una cucharada de esencia maravillosa (Es una solución [tipo jarabe] preparado a base de una planta que se llama esencia maravillosa. Se compra envasada en algunas tiendas naturistas de la Cd. de Orizaba, Veracruz.), se consume por dos o tres días, se suspende una semana y se repite el procedimiento hasta terminarse el frasco de esencia maravillosa.

En el quebrantamiento, el principal síntoma es el calor corporal, los materiales que se utilizan para el tratamiento de este pade-

cimiento son rosas (flor), aguardiente, vinos-títico (es un tipo de vino no especificado que se utiliza en tratamientos de curación en esta comunidad indígena.)y pomada de manzana, la mezcla de todos éstos se aplican en la cabeza del niño, con leves apretones. Este padecimiento se identifica como específico en niños.

En la calentura, que si bien podría tratarse de un síntoma más que una enfermedad por sí misma, los síntomas son calor corporal con énfasis en la cabeza. Para curarlo se utiliza vinos-títico y tomate. Se realiza un baño con vinos-títico y tomate tibio de la rodilla para abajo y baño con vinos-títico y tomate a temperatura ambiente en la cabeza. Aquí se identifica los opuestos de frío y calor para la curación.

El mal de ojo es un padecimiento que se puede presentar a cualquier edad, se manifiesta en los niños por llanto frecuente y en los adultos por inquietud, los principales materiales de curación son huevo de totola (es decir, los huevos de guajolote.), hoja de palma, hoja de romero, café en polvo, azúcar, aceite, listón rojo. Se sahuma con romero, palma, café, azúcar y aceite, posteriormente se limpia con el huevo todas las noches hasta mejorar. El listón rojo se amarra a la ropa del niño a modo de que siempre lo lleve consigo y le brinde una protección.

En los cólicos que se presentan en los bebés, y que se manifiestan por llanto, inquietud y dolor abdominal se prepara un té de hierba buena con flor de manita y se agrega media cucharada de anís estrella, se le da en gotas al bebé, siempre y cuando sea mayor de 6 meses. Para niños más pequeños solo se le dan palmaditas en la espalda.

De esta manera, se identifica que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan más a la curación del cuerpo mediante materiales físicos. Sin embargo, éstas incluyen una parte

espiritual en la que el tepatih realiza un pedimiento a un ser superior mediante un elemento primordial que es la fe, sin embargo, dicha curación no es posible si la persona enferma carece de fe. El tepatih menciona “Hay que tener fe, si no se tiene fe, no se cura uno con nada”.

Prácticas de cuidado espiritual

Doña Imelda es viuda, ama de casa, se desempeña como ministra de iglesia en la comunidad en la que vive desde hace un año. Entre sus principales funciones está el llevar la ostia a los enfermos del área centro de Tequila una vez a la semana, además de apoyar en otras actividades de la iglesia. Realiza esta actividad de manera voluntaria.

Con base en lo referido por Cánovas (2008:24) “Cuidar del ser humano es acompañarle, estar con él, no dejarle ‘solo’. No dejar sola a la persona doliente es ocuparse día a día de sus necesidades biológicas, espirituales y emocionales, y hacerle saber que estamos interesados por él”, las prácticas de cuidado espiritual en la comunidad se identificaron en lo que realiza la ministra de iglesia católica, quién apoya y acompaña a las personas.

Doña Imelda, ministra de iglesia, visita a los enfermos de la comunidad que no pueden desplazarse a la iglesia y realiza algunos rituales religiosos. Esto se lleva a cabo los días jueves de cada semana. La labor de Doña Imelda acontece desde las 15 hrs, que es cuando acude a la iglesia “a pedir la ostia al Señor”, posteriormente camina a la capilla de San Miguel Cotlajapan que está aproximadamente a 20-25 minutos de distancia. En el interior de la capilla, sobre repisas, se observan imágenes de santos, ángeles y la virgen María. En el centro hay una mesa, y en ésta hay un “sahumerio” (vasija de barro donde se coloca carbón y/o brasas para encender el copal y generar humo).

La capilla es muy pequeña, caben aproximadamente 10 personas, contando niños y niñas. Si hay alguien que no cabe, se queda fuera escuchando tras una reja que permanece abierta durante la “hora santa”. Asisten señoras y niñas, algunas son familiares de enfermos.

Al llegar a la capilla Doña Imelda se persigna, cambia las flores por flores frescas, coloca la ostia al centro de la mesa y enciende el copal para “sahumar” (dar humo aromático a algo a fin de purificarlo o para que huelga bien) la ostia. Enseguida da inicio el ritual con un rezo.

La “hora santa” es una variante de misa dirigida por la ministra de iglesia en la que se realizan rezos por los enfermos, por los niños, por los difuntos o por alguna circunstancia de interés en la comunidad. Si existe alguna petición por parte de los asistentes, se menciona. Las niñas que asisten a la “hora santa” dan lectura a varios rezos o pasajes bíblicos y dirigen los cantos que realizan el resto de las asistentes.

Enseguida empiezan las visitas a los enfermos. Algunas niñas acompañan a doña Imelda y realizan cantos y rezos, que ellas eligen en cada casa y para cada enfermo. Las niñas pertenecen a la comunidad, y tienen entre 10 y 11 años de edad. Asisten de manera voluntaria.

Dependiendo del número de enfermos o las condiciones de enfermedad de los mismos, es el tiempo dedicado a los rezos y cantos. Al llegar a cada casa, Doña Imelda coloca el recipiente de la ostia en medio del altar. Posteriormente algún miembro de la familia trae el copal al centro del altar. Doña Imelda es la primera en sahumar la ostia y posteriormente cada miembro de la familia, incluida la persona enferma, sahumar la ostia semejando la figura de una cruz.

Cuando todos los miembros de la familia terminan esta actividad, la ministra de iglesia inicia los rezos y cantos que lleva previamente



seleccionados, en ocasiones selecciona otros más, así también las niñas que la acompañan rezan o leen pasajes bíblicos y cantan con un elevado tono de voz. Casi al final se entrega al enfermo la ostia y se reza el “padre nuestro” y el “Ave María”.

Finalmente, Doña Imelda dedica algunos minutos a platicar con toda la familia. Mientras tanto algún miembro de la familia les ofrece café, té, pan o algún otro alimento. Doña Imelda se despide y dirige al siguiente domicilio caminando. Entre una casa y otra el traslado se realiza en 15 o 20 minutos. Y así, en una u otra casa se repite el ritual. Lo característico es que cuando Doña Imelda llega se reúne toda la familia de la persona enferma a presenciar el acto religioso.

Las actividades de la “hora santa” concluyen entre las 20 y 21 hrs. aproximadamente. El número de personas enfermas a las que visita Doña Imelda son entre 7 y 10 en el mismo día.

Se observa que las personas consideran importante la actividad realizada por Doña Imelda. Una posible manifestación puede ser el compartir café o té al finalizar el ritual religioso.

Cuando se le pregunta a la Sra. Imelda: ¿por qué realizar la “hora santa”? Ella refiere “teniendo fe en Dios, sana uno”.

CONCLUSIONES

En la comunidad de estudio, las prácticas de cuidado reflejan aspectos espirituales y tradicionales. Mientras que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan a detectar los síntomas de los padecimientos y abordarlos mediante un tratamiento específico culturalmente determinado, las prácticas de cuidado espiritual tienen como característica principal establecer un vínculo de acompañamiento en los procesos de enfermedad y muerte, en los que se reconoce un medio para ejercer esta práctica y que desencadena un beneficio para la dualidad de cuidado, es decir, para la persona que cuida como para la que es cuidada. El principal beneficio es la paz emocional percibida por ambos actores, al recibir o brindar algún tipo de cuidado espiritual. En conjunto ambas prácticas se complementan, mientras que una trabaja la curación mediante la fe y el uso de recursos terapéuticos tradicionales (práctica tradicional), la otra se dedica a fortalecer la fe mediante la creencia en un ser superior (práctica espiritual). En conjunto, generan apoyo y cuidado en los procesos de salud enfermedad.

Todos estos aspectos forman parte del cuidado en la comunidad, y no se vislumbran en las definiciones de cuidado mencionadas anteriormente, sin embargo, son parte de una ideología social y cultural de este grupo de personas. Por lo cual, resulta relevante para la enfermería explorar y conocer otros contextos de cuidado y retroalimentar sus marcos conceptuales a través de los conocimientos empíricos que en ésta como en otras comunidades se han vivido durante muchos años, generando bienestar, afrontamiento en los procesos de salud-enfermedad y conservación de la vida.

Limitarse a una definición universal de cuidado, aunque haya sido aceptada por con-

senso académico, podría dejar a un lado elementos importantes a considerar en determinado espacio y tiempo, así como restringir el quehacer de la enfermería, pero sobre todo, los beneficios dirigidos al sujeto de cuidado.

La definición de cuidado, entonces, debería construirse conforme lineamientos tecnológico-científicos que consideren el momento histórico, social y cultural de los sujetos de cuidado. Específicamente para la comunidad de estudio se propone la siguiente definición de prácticas de cuidado: Actividades de acompañamiento que consideran aspectos culturales y/o espirituales del sujeto de cuidado, tales como rituales religiosos y de curación que generan bienestar en el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad.

REFERENCIAS

- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2014). Sistema de información e indicadores de la población indígena de México. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). Censo General de Población y Vivienda. Resultados Definitivos. México.
- Canovas, T. (2008). La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. España.
- Cardoso, M., Figueroa, R., Moreno, B. y Orozco, C. (2003). Un obstáculo etnocéntrico para el control de la diabetes: su propia definición. *Estudios de Antropología Biológica*, 11(1), 297-319.
- Cardoso, M., Zarco, V., Aburto, L. y Rodríguez, L. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México*, 57(5), 32-42.
- Cohen, J. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 899-909. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x
- Harris, M. (1996). *Antropología cultural*, 4ª reimpresión, Madrid: Alianza Editorial.
- Kerouac, S. (1996). *Concepciones de Nightingale a Parse. El Pensamiento Enfermero*. Madrid: Elsevier Masson.
- Martínez, L. (2010). La dinámica comunitaria vista desde la migración en la sierra nahua de Zongolica, Veracruz. *Análisis y perspectivas de estudio. Migraciones internacionales*, 5(4), 7-37.
- Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*, México D.F: Trillas.
- Palomino, L., Grande, G. y Linares, A. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1) 71-91. doi:10.3989/ris.2013.02.16
- Rodríguez, G., Gil, F. y García, J. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Tomassini, M. (2005). Ledimensioni culturali della professione infermieristica. *Savar Rivista del nursing in movimento*. 8(3), 3-14.
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley E. (2006). *Investigación aplicada en Salud pública. Métodos Cualitativos*. USAID, FHI y OPS (1)
- Urra, M., Jana, A., García, V. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de los cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*. 17(3), 11-22.
- Zepahua, V. (2014). *Cosmovisión y formas de atención en salud de un huesero, partera y medico nahua de la sierra de Zongolica, Veracruz*. *Psicología y prácticas de medicina tradicional*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad del Golfo de México. México.

Historia

“Homenaje a la Madre del Practicante”, un fiesta histórica original y genuina de los Auxiliares Sanitarios de Alicante (1959-1970)

“Tribute to Mother Practitioner”, an original and genuine historical celebration of Healthcare Assistants Alicante (1959-1970)

“Homenagem a Mãe Practitioner”, uma celebração histórica original e genuíno dos Assistentes Saúde Alicante (1959-1970)

José Antonio Ávila Olivares

Enfermero Atención Primaria. Doctor por la universidad de Alicante en Enfermería y Cultura de los Cuidados.

Cómo citar este artículo en edición digital: Ávila Olivares, J.A. (2015). “Homenaje a la Madre del Practicante”, un fiesta histórica original y genuina de los Auxiliares Sanitarios de Alicante (1959-1970). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.07>

*Correspondencia: C/ Capitán Dema, 16 (esq. Pardo Gimeno). 03007 Alicante.
Correo electrónico: ja.avila@wanadoo.es*

Recibido: 1/10/2014; Aceptado: 13/02/2015



at provincial and national levels, this paper provides an anthropological view of the most original festivity, that has the most social influence: the “Mother Practitioner’s Tribute”, which has been held for over more than a decade (1959-1970) in the province of Alicante to honor the eldest mother of the group of referees. It explains in detail the festivity’s philosophy and the way of celebrate it are detailed. The circumstances, people and places concerned in each one of the tributes’ editions, which information has been obtained investigating both professional press and general newspapers.

Keywords: Practitioner’s Day / Mother of the Practitioner’s Tribute / San Juan de Dios festivity / Practitioners’ Council.

ABSTRACT

After highlighting the initiatives and original contributions of the Practitioners’ Council of Alicante to the history of festivities and institutional commemorations of the profession

RESUMO

Depois de destacar as iniciativas e contribuições originais do Colégio de Médicos da

história Alicante de festivais e comemorações institucionais da profissão em nível provincial e nacional, é uma visão antropológica da festa mais original e impacto social: o “Tributo mãe Practitioner”, realizada por mais de uma década (1959-1970), na província de Alicante a honrar a mãe do mais velho do grupo de árbitros.

A filosofia deste partido e forma detalhada para comemorar. Circunstâncias, pessoas e lugares em causa em cada uma das edições dos tributos, cuja informação foi obtida investigando tanto imprensa profissional e jornais gerais refer.

Palabras-chave: Dia Practitioner / Homenagem a Mãe Practitioner / Festa de San Juan de Dios / College of Practitioners.

RESUMEN

Tras poner de relieve las iniciativas y aportaciones originales del Colegio de Practicantes de Alicante a la historia de las fiestas y conmemoraciones institucionales de la profesión a nivel provincial y nacional, ofrecemos una visión antropológica de la fiesta de mayor originalidad y repercusión social: el “Homenaje a la Madre del Practicante”, celebrada durante más de una década (1959-1970) en la provincia de Alicante para honrar a la madre de mayor edad de entre las del colectivo de colegiados.

Se detalla la filosofía de esta fiesta y la manera de celebrarla. Se refieren las circunstancias, personas y lugares concernidos en cada una de las ediciones de los homenajes, cuya información se ha obtenido investigando tanto en prensa profesional como en diarios de información general.

Palabras clave: Día del Practicante/ Homenaje a la Madre del Practicante/ Festividad de San Juan de Dios/ Colegio de Practicantes.

INTRODUCCIÓN

El “Homenaje a la Madre del Practicante”, materia nuclear de este estudio, fue una fiesta instituida por el Colegio de Auxiliares Sanitarios la Provincia de Alicante (Sección Practicantes) en el año 1959, bajo la presidencia de José Llopis Díez. Su celebración tenía por objeto honrar y exaltar a la madre de mayor edad de entre las madres de los practicantes alicantinos de una forma solemne y afectuosa. Se mantuvo vigente más de diez años y gozó de excelente aceptación y aprecio entre los colegiados alicantinos y del público en general.

Nos hallamos ante una iniciativa descolante de gran efectividad en el ámbito de la función socializadora del Colegio.

En la investigación realizada se ha podido identificar y confirmar su celebración en nueve ediciones, llevadas a cabo consecutivamente desde 1959 a 1967 y dos más en 1969 y 1970. De todas ellas se ofrecen detalles de los lugares de celebración y de las personas concernidas.

La fase investigadora permitió conocer también otro dato de interés sobre esta materia que, ateniéndose a la cronología, se ofrece en el apartado de Antecedentes. Se trata de la propuesta que en 1928 el Colegio alicantino hizo a la Federación de los Colegios de Practicantes de España para instituir y celebrar a nivel nacional el “Día del Practicante”, bajo el patronazgo de los santos Cosme y Damián, los “Santos Médicos”. Propuesta que no fue tomada en consideración.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Si bien en los últimos años, han surgido algunos trabajos significativos sobre los colegios de enfermería y la acción corporativa de los mismos, no son todavía cuantitativamente relevantes las investigaciones publicadas sobre

el tema, a fecha de hoy. En la rúbrica «Socialización», tomando en consideración la función de los colegios como agentes socializadores, hay que señalar algunos trabajos relevantes. Lugar prioritario, como pioneros en este campo, ocupan las investigaciones de Lasarte (1993) y Siles (1998a y 1998b) que se centran en el análisis de los medios de información propios, desarrollados por los distintos colegios de enfermería a través de su historia. Senda por la que ha transitado también, recientemente, Callejas (2012). En la importancia de los signos iconográficos de homenaje a las enfermeras y a la enfermería como generadores de imagen positiva de la profesión se centra Ávila (2014a), así como en el estudio de la protección social como acicate para promocionar la colegiación en los primeros tiempos de los colegios de practicantes (Ávila, 2014b).

MATERIAL Y MÉTODO

Las principales fuentes utilizadas para la elaboración dicho estudio, han sido, por una parte, las revistas colegiales alicantinas *El Practicante Alicantino* y *CATS*, Publicación Oficial del Consejo Provincial de Auxiliares Sanitarios (Sección Practicantes de Alicante), correspondientes al periodo indicado; *Medicina y Cirugía Auxiliar*, Órgano Oficial del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios; además del diario alicantino *Información*, los ejemplares correspondientes a los meses de los años comprendidos entre 1959 y 1970. Y, por otra, las conversaciones mantenidas al respecto sobre la temática en cuestión con la única persona superviviente de aquella época y que ocupaba el cargo de Secretario del Consejo Provincial. Me refiero a Juan Pamblanco Ayela, nombrado Secretario Perpetuo del Colegio alicantino en enero de 1977 y hoy ya fallecido.

DESARROLLO DEL TEMA

Antecedentes

Conocido es el carácter alegre y divertido de los alicantinos, muy dados consuetudinariamente a fiestas y celebraciones, como corresponde al talante genuino de los pueblos costeros del Levante español. De ahí que el Colegio de Enfermería de Alicante, nunca haya descuidado este aspecto a lo largo de su historia, ofreciendo a sus colegiados y a la ciudad varias iniciativas lúdicas originales, en relación con la enfermería.

Al iniciar el estudio de la más original de estas iniciativas, el denominado “Homenaje a la Madre del Practicante”, se ha encontrado un antecedente afín, significativo y de indudable interés, merced al cual se puede atribuir al Colegio de Alicante el carácter de adalid fiestero en la historia de la profesión enfermera. Se trata de la festividad del “Día del Practicante”.

A Alicante le cabe el honor de haber sido en España la provincia pionera en celebrar dicha fiesta, instituida por el Colegio provincial de Practicantes a iniciativa de Vicente Álvarez Ortolá, antiguo presidente del mismo desde 1923 a 1930.



Vicente Álvarez Ortolá, presidente del Colegio provincial de Practicantes en 1928.

Bajo su presidencia se estableció el “Día del Practicante”, el 26 de septiembre de cada año, festividad de los santos Cosme y Damián, adoptados como patronos. Conmemoración que el Colegio alicantino celebró por vez primera en 1928 y propuso a la Federación Nacional de Practicantes para que fuera institucionalizada en toda España. En el acta del Comité Nacional de agosto de ese año quedó recogida la propuesta en los términos que publicó la Memoria de la Federación de Colegios de Practicantes de España:



Santos Cosme y Damián, los “Santos Médicos”.
<http://cianeas.blogspot.com.es/2010/09/felices-san-cosme-y-san-damian.html>

El Colegio de Alicante remite un oficio dando conocimiento de que han acordado nombrar patrón de aquella colectividad al santo San Damián, interesando del Comité que tome la iniciativa, invitando a los demás Colegios a que hagan lo propio, celebrando ese día Juntas generales, que sirvan de propaganda societaria.

El Comité le contesta que, en su día, cuando disponga de tiempo, estudiará la propuesta¹.

La propuesta nunca fue tomada en consideración, quedando dicha conmemoración relegada a fiesta local del Colegio alicantino. Su

celebración consistía en la convocatoria de una asamblea provincial extraordinaria a la que se invitaba a una figura señera de la profesión o de la clase médica, que intervenía exponiendo como lección magistral algún tema de especial interés. Acto que concluía con un vino español, en el que los colegiados tenían ocasión de reencontrarse y confraternizar.

Pasados los años, la Federación Nacional, esta vez a propuesta del Colegio de Huesca, en la III Asamblea Nacional de Consejos Provinciales de Practicantes de España² celebrada en el Colegio de Practicantes de Madrid los días 9, 10 y 11 de diciembre de 1948, proclamó a San Juan de Dios como Santo Patrón de los Auxiliares Sanitarios de España por aclamación general de la Asamblea.

Así pues, por primera vez el 8 de marzo de 1949, todos los Colegios Provinciales de Practicantes de España pudieron celebrar la festividad de San Juan de Dios. Para festejar este día del Santo Patrón, organizaban diferentes actos de variada índole: religiosos, científicos, lúdicos, deportivos, sociales, etc. En esta celebración no solo se instaba a la participación del colectivo de practicantes, sino también se buscaba la implicación de la sociedad civil en general, como fórmula para potenciar la presencia social de la profesión.

Alicante instituye la celebración del “Homenaje a la Madre del Practicante”

En este contexto, merece una mención especial, por su originalidad y boato el “Homenaje Provincial a la Madre del Practicante”, que incluía el Colegio alicantino en los actos conmemorativos a San Juan de Dios. Sin duda el más emotivo del programa de festejos de dicha festividad del Patrón.

La idea de celebrar este homenaje fue concebida y puesta en marcha por el practicante y

terapeuta José Llopis Díez³, siendo presidente de Consejo provincial de los practicantes alicantinos.



José Llopis Díez, por iniciativa suya se instituyó en Alicante el “Homenaje a la Madre del Practicante”

Con toda llaneza y naturalidad, la institución de esta celebración se justificó por considerar “un deber” rendir este homenaje, eligiendo a la madre de más avanzada edad entre el colectivo de colegiados de toda la provincia, pero haciendo la salvedad de que en su persona se rendía “igualmente homenaje a la madre de todos los compañeros”. Y, de tan sencilla manera, se señala, “queda por tanto instituido en este acto y para lo sucesivo, el DÍA DE LA MADRE DEL PRACTICANTE ALICANTINO”⁴

Tan original como sugestiva fiesta constituye un hecho de interés para la Historia de la Enfermería, con aspectos sociológicos significativos y, en consecuencia, dignos de un estudio pormenorizado.

El Homenaje era uno de los actos del cual se sentían más orgullosos los miembros del Consejo Provincial del Colegio alicantino de Practicantes, no sólo por tener la convicción

de ser el primer y único Colegio de España en celebrarlo, sino también por la sensibilidad y solemnidad con que lo revestían. Prueba de la importancia y del sentimiento que se le otorgaba lo tenemos en este párrafo sacado de la revista CATS, en 1961, cuando recogió en sus páginas la noticia de la celebración de los actos conmemorativos del Patrón, de ese año. Unas líneas que son también fiel reflejo del gran sentimiento de religiosidad que existía, en esta época, en el colectivo de Practicantes y también en la sociedad en general.

*Nos sentimos orgullosos de esta iniciativa que un día se tuvo. Hoy por hoy, no tenemos noticias de que en lugar alguno se haya organizado un acto para rendir justo homenaje a la madre del Practicante. Ha sido uno de los actos más emotivos. Estas cosas y estos actos no hacen más que ennoblecer y dar a conocer a todo el mundo la sensibilidad espiritual tan exquisita de los hombres que hoy están al frente del Consejo Provincial. No se podía pensar mejor cosa que enaltecer a la persona que nos dio el ser. La Madre. Nuestra felicitación a todos los compañeros que por suerte y fortuna la conservan. Para todos aquellos que Dios ha dispuesto de su compañía, nuestro recuerdo, y una oración por ellas.*⁵

Preparación y desarrollo del Homenaje

El hecho de que el “Homenaje a la Madre del Practicante” fuese una iniciativa pionera en España, hizo que no pasara desapercibido para los foráneos que tuvieron ocasión de vivirla. Fue el caso del que fuera presidente del Consejo Provincial del Colegio de Practicantes de Segovia, Julio Gilarranz Alonso, que después de cincuenta años de ejercicio se estableció en Alicante.

Tras su participación en los diferentes actos que el Colegio organizaba para conmemo-

rar la festividad de San Juan de Dios, el Sr. Gillarranz, redactó unas cuartillas con lo que más le llamó la atención de esta conmemoración. Su impresión quedó reflejada en la revista CATS de abril de 1963, en donde bajo el titular de “Digno de Imitarse” resaltando dos actos de entre los organizados por el Consejo provincial. Uno de ellos fue el “Homenaje a la madre del Practicante”, el cual le causó gran emoción, como lo expresa en su escrito:

Momento éste de gran emotividad tanto para los que entregan como para la que recibe, e igualmente para los familiares de la misma.

Acto simpático y agradable en grado sumo y que debería ser imitado por todos los Consejos provinciales.⁶

Este homenaje se realizaba de forma anual. La fase de preparación consistía en enterarse, un tiempo antes de la programación de los actos en honor de San Juan de Dios, de cuál era la más anciana de las madres de los compañeros, bien fuese de la capital o de la provincia. Conocido esto, se adquirirían algunos obsequios que se suponía precisara o pudieran ser del agrado de la homenajeada y ésta era visitada por una delegación de los miembros del Consejo Provincial, quienes la felicitaban y entregaban los presentes como prueba de la estimación de todos los compañeros de la provincia. La comitiva colegial estaba encabezada por el presidente del Colegio y al acto de homenaje se solía invitar a las autoridades de la localidad. De los presentes que más gustaban a las madres, era una figura de la Virgen o del Santo de su devoción, bendecida por el párroco de la localidad.

Aunque era un acto muy entrañable para los Practicantes y por tanto, estamos convencidos que lo tenían muy presente de un año para otro, el “Homenaje a la Madre del Practicante” se anunciaba con anterioridad a su celebra-

ción, en la revistas colegiales, a fin de recordar que era necesario, por parte de los interesados, solicitarlo al Colegio, aportando el nombre y el dato de la edad correspondiente de la madre que se pretendía homenajear. Una vez que por parte del Consejo se estudiaban las propuestas presentadas y se decidía la persona a homenajear, un miembro del mismo se ponía en contacto con el compañero que había realizado la propuesta para ultimar detalles.

Los delegados comarcales intervenían directamente tanto en la información previa como en el desarrollo de la fiesta en la localidad correspondiente y en la invitación a las autoridades locales y de la comarca. Era una manera de extender la fiesta también al medio rural y dar relieve a poblaciones apartadas, descentralizando los festejos y haciendo sentir el calor corporativo del Colegio a los más alejados geográficamente.

La primera convocatoria de estos festejos se publicó en el boletín colegial El Practicante alicantino de enero de 1959, y de una forma muy peculiar. Bajo el titular de “MUY IMPORTANTE” se dice:

Con motivo de rendirle un homenaje a la madre del Practicante, rogamos a Vd. nos indique la edad de su madre..⁷

Por su parte, el anuncio que se insertaba en la revista colegial que siguió a El Practicante alicantino, la revista CATS, con anterioridad a la celebración de los actos en honor de San Juan de Dios, rezaba así:

COMPAÑERO: con el fin de rendir homenaje a la madre del Practicante, te rogamos, si la tuya tiene una edad avanzada, nos lo comuniqués para contar con ella en día tan señalado.⁸

Un aspecto a considerar es el cambio de denominación que recibe este acto a través de su tiempo de permanencia. En el momento de su institución (6-03-1959), recibe el nombre

de “Día de la Madre del Practicante alicantino”; en su segunda edición (11-3-1960) se le denomina “Homenaje Provincial a la Madre del Practicante”; en la tercera pasará a ser referido como “Homenaje a la Madre del Practicante”, pero en la cuarta (9-3-1963) vuelve a ser el “Día de la Madre del Practicante” y, al año siguiente (7-3-1964), se retoma la denominación de “Homenaje a la Madre del Practicante”, quedando acuñado este título para el resto de celebraciones anuales hasta su desaparición.

Si en su denominación conoció variaciones este homenaje, no cambió en absoluto su espíritu a través del tiempo, pues el expresado en sus primeras celebraciones se respeta en las sucesivas, haciendo gala en todas ellas del orgullo de llevarlas a cabo y de ser los primeros en instituir las. Así se expresaba este espíritu en la edición de 1960:

Nos llena de orgullo y satisfacción el que en unos días de fiesta como estos, se le dedique un homenaje a la Madre del Practicante. Nuestro orgullo es doble; primero porque se enaltece una cosa tan sublime como es la madre, y segundo, porque somos los primeros en España que lo venimos haciendo varios años.⁹

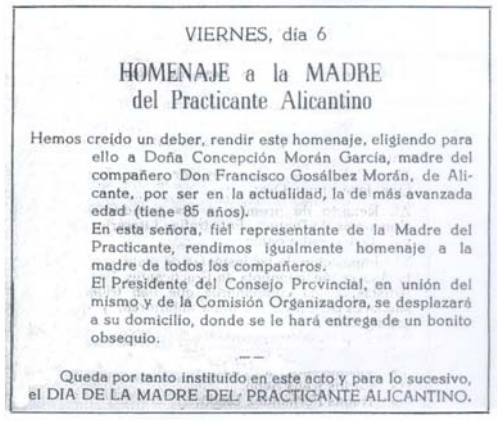
Y en términos similares, se siguió manteniendo en las posteriores alusiones hasta su final en marzo de 1970.

Homenajes celebrados

Los homenajes, de los cuales se tiene constancia a través de las páginas de las revistas colegiales, son los siguientes:

La primera referencia a este peculiar homenaje, se ha encontrado en la programación de los actos en honor de San Juan de Dios, que el Consejo Provincial, organizó en el año 1959.¹⁰ Entre estos actos, repartidos durante la semana del 2 al 8 de marzo, nos encontramos con que el viernes 6, estaba prevista la celebración

del “Homenaje a la Madre del Practicante” alicantino, primera celebración de este tipo que organizaba el Consejo Provincial. En esta primera ocasión, la homenajeada fue doña Concepción Moran García, madre del compañero Francisco Gosálbez Moran, de Alicante, la cual tenía 85 años de edad.



Primer anuncio de la celebración de este peculiar homenaje

A partir de esta celebración, quedó institucionalizado este Homenaje para años sucesivos.

En la revista CATS de abril de 1960, en la reseña que se hace en la misma, en relación de los actos celebrados con motivo de la festividad de San de Dios, se puede leer:

El viernes 11 de marzo, se tributó un cariñoso homenaje a la madre del compañero D. Antonio Asensi Segura, la cual representaba a la sazón, a la Madre del Practicante, por ser la de más edad de la provincia. El homenaje, ofrecido por el Consejo en pleno, que se trasladó a su domicilio, fue muy emocionante, siendo ofrecidos varios regalos, muy de la complacencia de la homenajeada.¹¹

En el año 1961, este homenaje fue por partida doble (se desconoce el motivo). Se homenajeó a la madre del compañero Tomás



Homenaje a la madre de practicante de la casa de socorro, Antonio Asensi Segura. En la imagen aparece flanqueado por sus padres, junto a su esposa y José Llopis, presidente del colegio

Fernández Lledó, director de la revista CATS, a la cual se le entregó la imagen de San José, y la madre del compañero Manuel Giménez Antón, las cuales contaban con 75 y 90 años respectivamente. Sendos homenajes se realizaron en los domicilios de las agasajadas.



Homenaje a la madre del practicante Tomas Fernández Lledo a la que se le entregó una imagen de San José



Homenaje a la madre del practicante Manuel Giménez Anton

El domingo 11 de marzo de 1962, los miembros del Consejo Provincial, se desplazaron a la localidad alicantina de Ondara, a 100 km de la capital, para rendir homenaje a la madre más anciana de los practicantes, de ese año.¹²

Se trataba de la madre del compañero Pedro Seguí Camarena, que había cumplido 97 años. Era el primer año que este homenaje se realizaba en la provincia, hasta entonces solo se había celebrado en la ciudad de Alicante.

Los compañeros de la delegación comarcal de Denia se sumaron al acto, al que también asistieron las primeras autoridades civiles y eclesiásticas del pueblo. El homenaje se llevó a cabo en el domicilio de la afortunada, doña Josefa Camarena, que, rodeada de sus familiares, recibió una imagen bendecida de San José, su santo preferido.



Doña Josefa Camarena recibió emocionada una imagen bendecida de San José, en su domicilio de Denia, de manos del presidente del Consejo Provincial de Practicantes

La respetable anciana, madre y viuda de Practicante, aceptó con gran emoción la ofrenda y al recibir la preciosa imagen del santo entregada por el presidente del Consejo, gritó un “¡Viva San José!” con un entusiasmo y una alegría no muy propia de su edad, según testigos del momento.

Antes y tras unas breves palabras de ofrecimiento, según refleja la revista CATS, “...le habían sido entregados un grueso mantón de lana

*con que abrigar sus muchos años y un cariñoso beso de D. José Llopis, en el que iba simbolizado el de todos los compañeros de su hijo y también de su esposo, que allá por los años 1900 recibió, de orden de la Reina Regente y en nombre de su Majestad, el título de Practicante”.*¹³

En la casa, llena de alegría por el acto que se estaba celebrando, los miembros del Consejo pudieron examinar los libros en que estudiaban la carrera de Practicante nuestros abuelos. Uno de ellos, por expreso deseo de Pedro Seguí Camarena, hijo de la homenajeada, fue donado para la biblioteca colegial.

El hogar de la homenajeada fue el punto de reunión de mucha gente que no se quisieron perder este reconocimiento, y de esta forma acudieron el señor alcalde, el señor cura párroco, el señor juez y también el Director de la Caja de Ahorros, así como numerosos compañeros de toda la comarca convocados por el delegado comarcal del Colegio.

En una mesa espléndidamente preparada, se sirvió un refrigerio. No faltó al final la fotografía en que la “madre del día”, rodeada de hijos, nietos, biznietos y de todos los asistentes al acto, mostraba orgullosa y agradecida a “su” San José.



Homenaje a la madre del practicante Pedro Seguí Camarena. En la foto aparece rodeada de familiares, representantes colegiales, autoridades locales y amigos

Aprovechando la presencia de los miembros del Consejo Provincial, el delegado de la comarca, Francisco García Pastor, propicio una reunión con casi la totalidad de los compañeros de la comarca, para hablar de la situación actual de los Practicantes, sus problemas y sus posibles soluciones. La reunión se llevó a cabo en torno a una comida celebrada en el Hotel Comercio de Denia, que fue costeada por los compañeros de esta Delegación Comarcal.

Del Homenaje Provincial a la Madre del Practicante, correspondiente a 1963, no tenemos constancia gráfica del mismo, sí del resto de actos. Solo conocemos, por la escasa referencia publicada en la revista CATS de marzo, que “...el mismo recayó en la madre del compañero Juan Bañuls, quien contaba con 90 años de edad, llevados con “tal juventud”, que hace numerosas faenas de la casa sin necesidad de ayuda”.¹⁴

En cuanto al Homenaje del año siguiente, volvemos a echar en falta instantáneas que immortalicen este entrañable acto. Pero curiosamente, tampoco se recogen fotografías del resto de actos organizados en 1964 para conmemorar la festividad de San Juan de Dios.

Solo se deja constancia escrita de los mismos en las páginas de la revista CATS correspondiente al mes de marzo.

Fue la protagonista de este año doña Carmen Pedraza Fernández, residente en la localidad de Elche y madre del compañero Amalio Pérez Pedraza, practicante de la Junta de Obras del puerto de Alicante.



La prensa local se ocupaba ampliamente del Homenaje

Como en ocasiones anteriores, los miembros del Consejo, encabezado por su presidente D. José Llopis Díez, se trasladaron a la citada localidad para rendirle el homenaje.

En esta ocasión, la delegación colegial estuvo acompañada por miembros de la Comisión Organizadora de los festejos del Colegio de Practicantes, en concreto por su presidente de José Compañ Orts, el secretario Tomás Fernández Lledó y el Vocal de la misma, Alfonso Luna Sánchez, respectivamente. También estaba presente en la Comitiva, el administrador de la revista CATS, Francisco Blasco Martínez.

La crónica del diario alicantino Información recoge que:

En el domicilio de la homenajeadada, el presidente del Consejo provincial, con sencillas, señor Llopis, hizo el ofrecimiento del acto entregando luego a dicha señora de unos obsequios. En un céntrico local, y por los familiares de la misma, se ofreció un vino a los auxiliares de Medicina y demás personas que se sumaron a dicho acto.¹⁵

El día 6 de marzo de 1965, tuvo lugar el Homenaje correspondiente a ese año. En esta ocasión se volvieron a sobrepasar los límites geográficos de Alicante capital para situarse en los de la provincia, en concreto en la localidad costera de Denia. La protagonista, D^a Josefa Faura Noguera, contaba con 84 años de edad y era la madre del compañero Juan Roselló Faura, el cual también residía en Denia. El presidente del Consejo Provincial, José Llopis, acompañado de una representación colegial, le hizo entrega de una imagen de la Virgen que la octogenaria mujer recogió con mucha alegría.



Homenaje a D^a Josefa Faura Noguera, madre del practicante Juan Roselló Faura

El año 1965, fue el último que la revista CATS publicó su reseña de estos actos, pero tenemos constancia de la continuación de los mismos gracias a las informaciones publicadas por *Medicina y Cirugía Auxiliar* a este respecto, órgano del Consejo Nacional.

En el siguiente año, 1966, según publicó *Medicina y Cirugía Auxiliar*, el Homenaje abrió los actos de la semana dedicada a honrar a San Juan de Dios. No menciona ni el nombre de la madre homenajeadada y tampoco el de su hijo, pero nos aporta los siguientes datos:

Inicia los actos Alicante el domingo haciendo entrega de una artística placa de plata a la madre de un compañeros de Rojales, la más anciana de cuantas existen en esta provincia, homenaje de sencilla ternura propia de nuestro

*compañero y buen amigo don José Llopis Díez, presidente del Colegio y rector de una eficiente Junta de colaboradores.*¹⁶

La información que ofrecerá el Órgano del Consejo Nacional en 1967 será mucho más parca, ya que se resume a las siguientes escasas cuatro líneas:

*Los actos con motivo de la festividad de San Juan de Dios dieron comienzo en Alicante el domingo día 5 de marzo, ofreciendo un homenaje a la madre del compañero de Catral don Miguel Almarcha Gómez.*¹⁷

En el año 1968 no aparece reseña alguna sobre Alicante en la sección que dedica *Medicina y Cirugía Auxiliar* a informar sobre las celebraciones en honor del Santo Patrón de la Enfermería. Tampoco la búsqueda en la prensa local alicantina nos ha aportado resultado alguno sobre el particular. Ignoramos la causa, pues no hemos logrado determinar si por alguna razón se suspendieron las celebraciones o, simplemente, ocurrió que nadie se ocupó de darle difusión a dicho acto.

Cabía también la posibilidad de que se hubiera decidido cerrar un ciclo y por alguna razón no programar más el Homenaje. Pero *Medicina y Cirugía Auxiliar*, en su número de abril de 1969, si bien con concisión y laconismo, publicaba una reseña de los actos que el Colegio de Alicante había organizado en honor de San Juan de Dios. Solo dos líneas se referían a tan emotivo acto:

*Seguidamente, prosiguiendo una inveterada costumbre alicantina, tuvo lugar el homenaje a la madre más anciana de los compañeros allí vinculados.*¹⁸

En 1970, sin embargo, cambia la tónica y con más detalle, vuelve a dar cuenta de dicha celebración, en esta ocasión trasladada a la industriosa villa de Alcoy:

Don José Llopis Díez y otros directivos colegiales se trasladaron a Alcoy con objeto de,

como se ha hecho costumbre, felicitar y rendir homenaje de respeto y cariño a la madre más anciana de la colectividad, en esta ocasión la de don Francisco Senabre Monerris, compañero de la importante localidad, señora la cual cuenta en la actualidad ochenta y cuatro años, haciéndosele entrega de un Sagrado Corazón, imagen bellísima, y de otros obsequios.¹⁹

A partir de aquí, por el momento y hasta que no aparezcan informaciones en contrario, hemos de dar por concluido el ciclo en que este entrañable acto permaneció vigente, al no haber hallado noticias de su celebración en los años siguientes, ni en documento colegial, ni en medio informativo alguno.

Para terminar, conviene hacer hincapié en la repercusión pública en la prensa local de los homenajes celebrados, que informaba ampliamente del desarrollo de los mismos. La carga afectiva de los homenajes a las madres, evidenciaba un valor axiomático y plausible de amplio alcance social y de gran interés popular. Así pues, hemos de destacar el papel relevante y la importancia tan notable de los mismos en la configuración social de la imagen pública corporativa del Colegio y de la profesión.

CONCLUSIONES

1. El Colegio de Practicantes de Alicante fue pionero en proponer en 1928 a la Federación Nacional de los Colegios de Practicantes la celebración del “Día del Practicante” en toda España, como fiesta institucional de la profesión.

2. La celebración anual del “Homenaje a la madre del Practicante” fue una fiesta genuina y original, instituida por Colegio de Auxiliares Sanitarios de la provincia de Alicante (Sección Practicantes) en 1959, que, integrada en los actos en honor a San Juan de Dios, tenía por objeto honrar a la madre de más edad del colectivo de colegialos.

3. Esta fiesta estuvo vigente desde 1959 hasta el año 1970, celebrándose en once ocasiones, con una posible carencia en el año 1968.

4. Poner de relieve la buena aceptación y repercusión positiva de los homenajes celebrados, tanto entre los colegiados como entre el público en general, destacando su función como factor social determinante de una mejora de la imagen corporativa de la profesión.

NOTAS

1. Memoria de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes de España. 1928, pág. 28.
2. Recibía el nombre de Consejo Provincial el órgano rector del Colegio, según quedó establecido el 18 de marzo de 1942 al publicarse los estatutos para los Colegios Oficiales de Practicantes.
3. Persona ampliamente conocida y reconocida por su disponibilidad y entrega a los demás y a su acendrado amor a Alicante y a sus paisanos; director-propietario del antiguo sanatorio Campoamor y en su día, presidente de la Federación Alicantina de Baloncesto, masajista del C. F. Hércules y concejal del Ayuntamiento de Alicante.
4. El Practicante Alicantino, (12) Programa de Actos a celebrar con motivo de la festividad de San Juan de Dios (encarte), febrero de 1959.
5. CATS, abril 1961.
6. Ibidem., abril de 1963.
7. El Practicante Alicantino (11):3, enero 1959.
8. CATS, febrero de 1961.
9. Ibidem., abril de 1960.
10. El Practicante Alicantino, (12) Programa de Actos a celebrar con motivo de la festividad de San Juan de Dios (encarte), febrero de 1959.
11. CATS, Abril de 1960.
12. Ibidem., marzo de 1962.
13. Ibidem., marzo de 1962.
14. Ibidem., marzo de 1963.
15. Información, 14 de marzo de 1964, p. 21.
16. Medicina y Cirugía Auxiliar, abril de 1966, p. 19.
17. Ibidem., abril de 1967, p. 21.
18. Ibidem., abril de 1969, p. 20.
19. Ibidem., mayo de 1970, p. 17.

FUENTES

- El Practicante Alicantino. Año 1959. Archivo Colegio de Enfermería de Alicante.
- CATS, Publicación Oficial del Consejo Provincial de Auxiliares Sanitarios (Sección Practicantes), años de 1959 a 1964. Archivo Colegio de Enfermería de Alicante.
- Periódico Información, años de 1959 a 1972. Archivo Municipal de Alicante (AMA)
- Medicina y Cirugía Auxiliar, Órgano Oficial del Consejo Nacional de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Biblioteca del Colegio de Enfermería de Madrid.
- Memoria de la Federación Nacional de Colegios de Practicantes de España, 1928. Archivo Colegio de Enfermería de Alicante.
- Orden de 18 de marzo de 1942. BOE de 18 de marzo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Olivares, J.A. (2014a). Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18(38). Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.12>>
- Ávila Olivares, J.A. (2014b). La protección social, factor determinante en el origen de la acción corporativa de los Auxiliares Sanitarios. *Temperamentum*, 214(20). Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn20/t9807.php>. Consultado el 2 de noviembre de 2014.
- Callejas Chagoyen, I. (2012). La ciencia enfermera en 1885: Análisis bibliográfico y social de la revista aragonesa *El Practicante*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Lasarte Calderay, J. E. (1993). La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en
- Andalucía. Estudio socioprofesional (1916-1939) (Tesis Doctoral). Cádiz: Secretaria de Publicaciones de la Universidad de Cádiz (Ed.microficha).
- Siles González, J., Cibanal Juan, L., García Hernández, E. y Gabaldón Bravo, E.M. (1998a). Historia de las publicaciones de enfermería en Alicante: el caso de la revista "CATS". *Metas de Enfermería* 7, 10-18
- Siles González, J., García Hernández, E. y Gabaldón Bravo, E.M. (1998b). Un año en la Revista del Practicante: análisis histórico de las publicaciones correspondientes a 1945. *Enfermería Científica*, 190-191, 5-10.

Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948)

A review of Pedro Rodrigo Sabalette about polio (1948)

Uma revisão de Pedro Rodrigo Sabalette sobre poliomielite (1948)

Francisco Herrera-Rodríguez

Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera-Rodríguez, F. (2015). Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.08>

Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz.

Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es

Recibido: 3/11/2014; Aceptado: 11/01/2015



ABSTRACT

Although Pedro Rodrigo Sabalette (1904-1947) was an important personality in the Spanish Medicine in the first third of the 20th century, nowadays he is a forgotten figure. As he died in his youth, he was not able to develop the best of his clinical, teaching and researching aspects. He contributed to the *Manual de Patología Médica*, edited by Misael Bañuelos, in which he wrote the chapter on diseases of the central and peripheral nervous system; one of those items was about poliomyelitis. We have used in our study the sixth edition of the mentioned *Manual*, published in 1948 when Rodrigo Sabalette was already dead. Those pages on poliomyelitis are a source of great interest to know what the knowledge of that disease was in the late 1940's in aspects such as: etiologi-

cal, pathogenic, clinical-anatomopathological, prophylactic and therapeutic.

Key Words: Poliomyelitis, Poliomyelitic's syndromes, Spain, 20th century, Postwar years, Pedro Rodrigo Sabalette.

RESUMO

Pedro Rodrigo Sabalette (1904-1947) é um proeminente, agora esquecido, o medicamento espanhol início do século XX figura. Ele morreu em sua juventude, quando ele ainda tinha que desenvolver o melhor de sua experiência clínica, ensino e pesquisa. *Manual de Contribuição de Patologia Médica* liderada por Misael Bañuelos, assumir o comando do capítulo sobre as doenças do sistema nervoso central e periférico, que incluía uma seção sobre a poliomielite. Nós utilizado em nosso estudo, a sexta edição do *Manual*, que viu a luz em 1948, quando Rodrigo Sabalette tinha morrido. As páginas dedicadas a pólio são uma fonte de grande interesse para conhecer o estado de conhecimento de que a doença no final dos anos quarenta, ambos aspectos etiológicos, patogénico, clínicas, patológicas, profilático e terapêutico.

Palavras-chave: Polio, síndromes poliomielite, Espanha, Siglo XX, do pós-guerra, Pedro Rodrigo Sabalette.

RESUMEN

Pedro Rodrigo Sabalette (1904-1947) es una figura destacada, hoy día olvidada, de la medicina española del primer tercio del siglo XX. Falleció en plena juventud cuando aún tenía que desarrollar lo mejor de su experiencia clínica, docente e investigadora. Colaboró en el Manual de Patología Médica dirigido por Misael Bañuelos, encargándose del capítulo dedicado a las enfermedades del sistema nervioso central y periférico, en el cual incluyó un apartado dedicado a la poliomielitis. Hemos utilizado en nuestro estudio la sexta edición del citado Manual, que vio la luz pública en 1948 cuando ya había fallecido Rodrigo Sabalette. Las páginas dedicadas a la poliomielitis constituyen una fuente de gran interés para conocer el estado de los conocimientos de la citada enfermedad a finales de los años cuarenta, tanto en los aspectos etiológicos, patogénicos, clínicos, anatomopatológicos, profilácticos y terapéuticos.

Palabras Claves: Poliomielitis, Síndromes poliomiélticos, España, Siglo XX, Posguerra, Pedro Rodrigo Sabalette.

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Dentro de la línea de trabajos que en los últimos años hemos realizado sobre la poliomielitis, presentamos este estudio dedicado a una figura médica escasamente recordada en la bibliografía, Pedro Rodrigo Sabalette (1904-1947), que falleció en plena juventud, cuando se esperaba mucho de su labor docente, clínica e investigadora. Aún así la labor realizada hasta su fallecimiento no fue poca, como tendremos ocasión de comprobar. Falleció en el mes de agosto de 1947, en Cádiz, en la trágica explosión de unas minas que acabó no solo con su vida sino con la de más de un centenar de personas (Marchena, 1997; Herrera, 1997).

Pedro Rodrigo Sabalette se desplazó desde Sevilla para pasar aquel verano con su familia en Cádiz, ciudad en la que residía su padre y mentor, Leonardo Rodrigo Lavín (1862-1950) (Herrera, 2007). La trágica explosión truncó su vida y por ende todo su potencial docente, clínico e investigador. A pesar de su trágico final, pensamos que es una figura médica que hay que valorar en el contexto de la medicina gaditana y española de la primera mitad del siglo XX, sobre todo si tenemos en cuenta su gran formación clínica en el extranjero en los años treinta, de la cual dejaremos constancia en estas páginas.

El objetivo de este trabajo, pues, es el siguiente: Exponer el estudio que sobre la poliomielitis publicó Pedro Rodrigo Sabalette en el “Manual de Patología Médica”, dirigido por Misael Bañuelos, en 1948.

2. SÍNTESIS BIOGRÁFICA

Pedro Rodrigo Sabalette nació en Belascoain (Navarra), en junio de 1904, y falleció, como hemos indicado en el mes de agosto de 1947 (figura 1). Su padre, Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950), era catedrático de la Facultad de Medicina y durante muchos años desempeñó la inspección provincial de Sanidad de Cádiz. El joven Pedro Rodrigo encontró, sin duda, en la figura paterna la orientación necesaria para profundizar en la fisiología del sistema nervioso y en las enfermedades infectocontagiosas, debido a la doble dedicación profesional de su padre y el rigor con que éste realizó sus tareas docentes, investigadoras y epidemiológicas durante décadas en Cádiz. El camino, pues, lo tenía allanado en este sentido; pero todo esto no habría fructificado sin el esfuerzo personal de Rodrigo Sabalette que lo llevó, en plena juventud, a alcanzar la cátedra de Patología Médica en la Universidad de Sevilla.



Figura 1: Fotografía de Pedro Rodrigo Sabalette (Fondo Antiguo de la Biblioteca de Ciencias de la Salud, Universidad de Cádiz)

Pedro Rodrigo Sabalette estudió la carrera de medicina en la Facultad de Cádiz, consiguiendo un brillante expediente académico, además de desempeñar la plaza de alumno interno (Herrera, 2001). El 12 de febrero de 1926 defendió su tesis doctoral en la Facultad de Medicina de la Universidad Central con el tema titulado *“De la actividad tónica de los músculos estriados y su posible registro gráfico”*. Obtuvo la calificación de Sobresaliente por unanimidad, estando integrado el tribunal que lo calificó por los doctores Simonena, Forns, Calatayud, Menéndez Potenciano y Corral. La citada tesis fue publicada en Cádiz en 1926. Se debe apuntar que sobre este tema ya había investigado su padre y mentor, Leonardo Rodrigo Lavín, algunos años atrás (Herrera, 2007).

Ejerció como médico auxiliar del servicio de Profilaxis Públicas de las enfermedades

venéreas de Cádiz y ganó las oposiciones del Cuerpo de Sanidad de la Armada (1924) y del Cuerpo de Inspectores de Sanidad de España (1927). En los años veinte y principio de los treinta realizó diversas estancias en el extranjero para ampliar su formación médica, por ejemplo: Departamento de Sanidad Pública del King’s College (Universidad de Londres); Escuela de Oceanografía de la Dirección General de Pesca del Ministerio de Marina, donde realizó el curso de *“Oceanografía Química del mar y Biología aplicada”*; Facultad de Medicina de Estrasburgo, en los servicios de los profesores Brum y Merklen (1926-27 y 1927-28). En el Hospital de la Pitié (París), en 1928, realizó un curso de Cardiología, Electrocardiografía y Radiología del corazón con los profesores Gerandel y Bordet; en la Clínica Médica del Hospital de La Charité de Berlín, en 1929, estuvo de junio a septiembre, concretamente en el Laboratorio de Neurología de F.H. Lewy. Desde el mes de abril al de junio de 1930 se matriculó en un curso de Endocrinología, en Génova, con el profesor Pende, y de junio a diciembre del mismo año visitó la clínica del profesor Krehl en Heidelberg. En el verano de 1931 estuvo formándose en Estrasburgo en la clínica Neurológica del Prof. Barré, y de junio a octubre de 1933 visitó el Departamento de Radiología de la Universidad de Berlín. En 1932, a propuesta de la Facultad de Medicina de Cádiz, asistió al XIV Congreso Internacional de Fisiología. Asimismo fue pensionado por la citada Facultad en Alemania en los veranos de 1928, 1929 y 1931 (Herrera, 2001). Como se puede apreciar una formación en el extranjero intensa y extensa, en la que tuvo especial interés en cultivar, entre otros aspectos, la Neurología, circunstancia que en parte motiva este trabajo monográfico sobre sus aportaciones al estudio de la poliomielitis.

Como docente fue ayudante de clases prácticas en las cátedras de Patología General, Dermatología y Sifilografía en la Facultad de Medicina de Cádiz. Y como profesor encargado de Patología General (1928-1930) y de Patología Médica (1931-1932). Ganó las cátedras de Patología General de Sevilla, Cádiz y Valladolid, y además las de Patología Médica de Sevilla y Valladolid. En noviembre de 1932 fue nombrado catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Cádiz, plaza en la que cesó en febrero de 1935 para tomar posesión de la cátedra de esta disciplina en la Facultad de Sevilla.

En 1929 fue nombrado Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Cádiz, ingresó con un discurso sobre *“La acción de algunas sustancias vegetativotropas sobre el tono muscular”*. En 1933 organizó cursos de electrocardiografía y ejerció como médico del Dispensario Antituberculoso de Cádiz. Ofreció conferencias sobre *“La enseñanza de la Patología y Clínica Médica en España y otros países”* (1932) y la *“Concepción actual y tratamiento de la Uremia”* (1934), etc. (Herrera, 2001).

En 1941 publicó en Barcelona, en la editorial Científico-Médica, una monografía de 108 páginas titulada *“El cáncer primitivo de pulmón”*. Pero sobre todo queremos destacar, por el interés que tiene con respecto al objetivo que nos hemos planteado en este artículo, el extenso capítulo titulado *“Enfermedades orgánicas del Sistema Nervioso Central y Periférico”*, que publicó póstumamente en 1948, en el *“Manual de Patología Médica”*, dirigido por el catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid, Misael Bañuelos García (1887-1954) (Díaz- Rubio, 2000). Dentro de este capítulo escrito por Rodrigo Sabalette encontramos un apartado específico dedicado a los *“Síndromes*

poliomielíticos” y dentro del mismo varias páginas sobre la *“Parálisis espinal infantil epidémica o poliomiélitis anterior aguda de la infancia”*, al que dedicaremos especial atención en este artículo.

Como hemos indicado anteriormente, Pedro Rodrigo Sabalette, falleció trágicamente en la explosión acaecida en Cádiz en agosto de 1947 y no pudo ver publicado su capítulo en la obra dirigida por Misael Bañuelos, motivo por el cual en el tomo II (sexta edición, 1948), se publica una nota redactada en octubre de 1947:

“El eminente internista y expertísimo neuropatólogo, Don Pedro Rodrigo Sabalette, nuestro ilustre colaborador, murió trágicamente, víctima de la horrible catástrofe que asoló la ciudad de Cádiz (...). El Editor y el Director de esta obra lamentan y sienten la muerte del insigne catedrático de la Universidad de Sevilla, como lo lamentan todos cuantos trataron a tan bondadoso y perfecto caballero, modelo de ciudadanos y hombres cultos de su tiempo.

En honor a su memoria, tan querida, y como tributo de homenaje a su recuerdo, se publica en esta edición su capítulo sobre “Enfermedades del Sistema Nervioso” tal cual como él nos lo entregara para la quinta edición, teniendo en cuenta por otra parte, que en tan breve tiempo transcurrido no han surgido novedades fundamentales.

Leves adiciones, surgidas en nuestra correspondencia con el querido amigo, muerto tan inesperadamente, son las únicas alteraciones. Octubre 1947”.

Centraremos, pues, nuestros comentarios en este artículo en las páginas dedicadas a la poliomiélitis que publicó en el citado libro; pero previamente presentamos un breve planteamiento de la situación de la poliomiélitis en España en la década de los cuarenta.

3. LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA EN LOS AÑOS CUARENTA

Con los datos estadísticos que aportamos en este apartado pretendemos sólomente dibujar un marco que sirva para entender la situación que se padeció en España con la poliomielitis en la década de los cuarenta, y así comprender la importancia de que fueran redactados capítulos específicos sobre la enfermedad en los manuales y tratados de Patología Médica, como el publicado de forma póstuma por Pedro Rodrigo Sabalette en 1948, en la sexta edición de la obra coordinada por Misael Bañuelos, aunque ya hizo lo propio también en la edición anterior.

Según los datos publicados por González Rodríguez, en 1953, el nivel epidémico de la poliomielitis aumentó considerablemente en Norteamérica a partir de 1944, ya que de un promedio de 7.000 a 8.000 casos anuales subió bruscamente a 19.000 en el referido año, y en los años siguientes siguió la línea ascendente: 25.000 casos en 1946, 27.000 en 1947, 42.000 en 1949 y 32.000 en 1950, “todas estas cifras dadas en números redondos”. En lo referido a Europa este autor apunta lo siguiente:

“En Europa el nivel epidémico aumenta aproximadamente en un 100 por 100 a partir de 1936; aumentando mucho más en 1947, a expensas de unos 5.500 casos declarados en Alemania, unos 3.500 en Austria, unos 1.100 en Francia, unos 3.000 en Italia y unos 8.000 en Inglaterra, países en contacto estrecho con Estados Unidos de América, preguntándose Stowman si no tendrá relación con la epidemia americana de 1946 este aumento en la incidencia sobrevenido en Europa un año más tarde. Nada extraño tiene esa conjetura, puesto que ese nivel elevado se mantiene en los años 1949 (el de mayor incidencia americana) y 1950, en cuyo año, además de los países citados se aprecia un aumento de casos en Suecia, Dinamarca y España”.

Un Real decreto de 10 de enero de 1919 legisló la declaración obligatoria de los casos de ‘parálisis’, *“pero solamente al organizarse el Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, en junio de 1930, no comienzan a recogerse sistemáticamente los casos de enfermedades de declaración obligatoria”*; aunque desde 1929 se estudian detalladamente brotes epidémicos de alguna importancia como el de Madrid (1929), Santander (1930), Palma de Mallorca (1932), Valencia (1942) y Madrid (1950) (González Rodríguez, 1953). Este mismo autor confecciona, basándose en los datos publicados en el Boletín del Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, una serie de tablas en las que se recoge numéricamente los casos y defunciones declarados en cada provincia desde 1931 hasta 1951, exceptuando los años de la guerra civil, aunque aclara el autor que *“estos datos se refieren a casos con parálisis, por ser costumbre en España declarar solamente estas formas clínicas”*. Matiza también González Rodríguez que las cifras de morbilidad deben estimarse como inferiores a la realidad a causa de la “omisión” en la declaración de casos por parte de los médicos en ejercicio; las cifras de mortalidad *“son más fidedignas, por corresponder con las certificaciones de defunción presentadas en el Registro civil”*.

Las tablas que aquí presentamos están elaboradas a partir de los datos aportados por González Rodríguez (1953) (tablas I, II y III), autor que hizo un esfuerzo muy notable por analizar estadísticamente el problema de la poliomielitis en España. Como se puede apreciar en la tabla I, de 1940 a 1950, se contabilizan un total de 6.220 casos de “parálisis” en España, sobresale el año 1942 con 741 y 1943 con 593, pero sobre todo 1950 en que la cifra aumenta a 1.600 (tabla I).

Tabla I: Casos de “parálisis” en España (1940-1950)

AÑOS	Nº DE CASOS
1940	358
1941	247
1942	741
1943	593
1944	532
1945	499
1946	311
1947	482
1948	335
1949	522
1950	1.600
TOTAL	6.220

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Pedro González Rodríguez (Madrid, 1953)

En cuanto a las defunciones destacan 1942 con 65, 1943 con 79, y 1950 con 91 (tabla II).

Tabla II: Defunciones por “parálisis” en España (1940-1950)

AÑOS	Nº DEFUNCIONES
1940	28
1941	24
1942	65
1943	79
1944	53
1945	29
1946	31
1947	50
1948	18
1949	43
1950	91
TOTAL	511

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Pedro González Rodríguez (Madrid, 1953)

En la tabla III hemos sintetizado las tasas de morbilidad por 100.000 habitantes en las provincias andaluzas desde 1940 a 1950. Centramos los comentarios en Andalucía sobre todo por entender mejor la incidencia de la poliomielitis en esta región, debido a que Pedro Rodrigo Sabalette fue catedrático de Patología Médica primero en Cádiz y posteriormente en Sevilla hasta la fecha de su muerte. Seguramente Sabalette tendría presente la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por la poliomielitis en el conjunto de España, pero quizás prestaría más atención a los datos de las provincias más cercanas a Sevilla, lugar donde ejercía su cátedra en los años cuarenta. Llama la atención precisamente que las cifras más bajas las presenta la provincia de Sevilla, mientras que la de Cádiz presentó una incidencia de 6,27 y de 5,58 por 100.000 en los años 1944 y 1949. En este último año la provincia de Córdoba presentó una tasa de 7,56 y la de Málaga 8,44 en 1944. Pero sobre todo destaca la provincia de Huelva en 1942 con 15,20 y la provincia de Granada en 1943 con 16,63 (tabla III).

Tabla III: Morbilidad por 100.000 habitantes en las provincias de Andalucía (1940-1950)

PROVINCIAS	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950
ALMERÍA	0,91	-	-	4,54	1,09	1,58	1,08	2,93	-	-	3,22
CÁDIZ	1,20	1,19	4,06	1,71	6,27	3,39	2,09	2,80	1,56	5,58	3,92
CÓRDOBA	0,14	1,30	5,54	1,28	5,55	4,44	0,83	2,93	2,92	7,56	3,00
GRANADA	0,2	0,26	0,92	16,63	4,26	3,44	0,65	3,72	1,22	3,05	1,56
HUELVA	0,29	0,27	15,20	6,48	6,22	2,13	0,80	2,27	1,06	0,79	2,91
JAÉN	0,91	0,26	0,13	-	0,63	3,91	1,07	1,89	0,37	1,24	1,68
MÁLAGA	0,89	1,63	2,03	4,77	8,44	2,82	2,65	4,01	3,59	2,04	2,04
SEVILLA	0,55	0,20	0,40	1,55	1,45	0,54	0,75	1,49	0,89	1,06	2,18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Pedro González Rodríguez (Madrid, 1953)

Sirvan estos datos, pues, de marco general para entender la situación por la que atravesaba España y concretamente Andalucía con respecto a la poliomielitis en la década de los cuarenta.

4. REVISIÓN DE PEDRO RODRIGO SABALETTE SOBRE LA POLIOMIELITIS (1948)

El capítulo redactado por Pedro Rodrigo Sabalette para esta obra colectiva, dirigida por Misael Bañuelos, abarca 264 páginas y lleva por título “*Enfermedades orgánicas del Sistema Nervioso Central y Periférico*”. En este capítulo Sabalette dedica un apartado a los “*Síndromes poliomiélicos*”, en el que incluye a la “*parálisis espinal infantil epidémica o poliomiéлитis anterior aguda de la infancia*”, la “*poliomiéлитis anterior subaguda y crónica*”, la “*parálisis ascendente aguda o síndrome de Landry*” y el “*herpes zóster*”. Dedicaremos especial atención a la “*parálisis espinal infantil epidémica o poliomiéлитis anterior aguda de la infancia*” y al resto de los epígrafes señalados un breve comentario.

Pensamos que tiene interés estudiar el estado de la cuestión sobre la poliomiéлитis planteado por Pedro Rodrigo Sabalette, a finales de los años cuarenta, ya que este manual de Patología Médica de Misael Bañuelos, en el que se incluye su trabajo, fue muy utilizado tanto por especialistas, médicos generales y estudiantes de medicina, y tuvo influencia no solo en España sino también en países de Sudamérica.

La primera cuestión que apunta Sabalette es que la poliomiéлитis anterior aguda de la infancia debería denominarse “*Enfermedad de Heine-Medin*”; enfermedad que “*ni afecta de modo exclusivo a los niños, ni reviste en todos los casos carácter epidémico*”. Sobre este punto se debe aclarar que Jakov Von Heine, en Alemania, en 1840, observó un número considerable de casos tardíos, aunque en 1836 el anatomista Charles Bell realizó un informe de la que se podría considerar una epidemia causada por la enfermedad, concretamente en la isla de Santa Elena se presentaron varios casos de ‘parálisis’ en niños. En 1868 se notificaron 14

casos en Noruega; Cordier, entre 1880 y 1890, describió brotes en Francia, y a finales de la década de los ochenta lo hizo Karl-Oskar Medin en Suecia (Axelsson, 2009; Paul, 1956). Medin, en 1887, incorporó a la miéлитis otras afecciones bulbares, encefalíticas y atáxicas (Ferrán Martínez Navarro, 2013). Cabe recordar también que en 1855, Duchenne de Boulogne, publicó en París, una memoria titulada “*De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*” (Laval, 2007). Una excelente síntesis sobre la emergencia epidémica de la poliomiéлитis a finales del siglo XIX y principios del siglo XX ha sido realizada por Ballester y Porras Gallo (2012). Leamos:

“...la emergencia epidémica de la polio arrancó con la epidemia de 1881 del noroeste de Suecia, que dio pasos a sucesivos brotes epidémicos de magnitud creciente, limitados inicialmente a Escandinavia, aunque ocasionalmente afectaron también a Italia (1883), Alemania (1884) y Francia (1885). Durante la década final del siglo XIX la intensidad epidémica de la polio se multiplicó y alcanzó mayor extensión europea. Se produjeron las primeras epidemias en Inglaterra (1896), España (1896) y Austria (1897), pero también en los EEUU y Canadá. La expansión europea y norteamericana de las epidemias de polio se acentuó en la primera década del siglo XX, registrándose la transición desde pequeños brotes epidémicos con menos de veinticinco casos a otros más graves con más de cien casos”.

Sabalette presenta el estudio de la enfermedad de una manera clásica y estructura la exposición en varios apartados: etiología y epidemiología, anatomía patológica y patogenia, sintomatología y curso clínico, formas clínicas, diagnóstico y pronóstico, el tratamiento y la profilaxis.

4.1. Etiología y epidemiología

En el planteamiento sobre la causa de la enfermedad presenta Sabalette el carácter infeccioso de la misma, apoyándose en los trabajos clásicos de Landsteiner, Flexner, Noguchi y Levaditi; autores, señala, que provocaron un cuadro experimental de poliomielitis, inoculando a monos el filtrado de macerados de médula procedentes de niños muertos de esta enfermedad. Y sobre todo Sabalette señala a Flexner y Noguchi, en 1913, como los que describieron “unos diminutos corpúsculos, cuerpos globoides (globoides bodies), desprovistos de movimientos propios, de 0,15 a 0,30 micras de longitud, agrupados habitualmente en parejas, cortas cadenas o pequeños conglomerados y tingibles por el GRAM y la coloración de GIEMSA, a los que se considera hoy como los gérmenes productores de la enfermedad”. Recuérdese que algunos estudiosos señalan a Landsteiner y Popper como los descubridores del virus en 1908 (Paul, 1956). Otros autores como Glanzmann señalan a Landsteiner y Popper como los autores que en 1909 consiguieron transmitir la enfermedad al mono inyectando directamente en el cerebro emulsión de médula de niños fallecidos como consecuencia de la poliomielitis. El propio Glanzmann, en 1913, hizo un experimento semejante en Berna, y comprobó que después de inyectar al mono se le paralizó a éste la mitad de la cara, el brazo izquierdo y ambas piernas, “muriendo a consecuencia de la poliomielitis inoculada” (Glanzmann, 1946). En cuanto a los descubrimientos de Levaditi, Hydayo, Noguchi y Simon Flexner sobre el virus causal de la enfermedad deben consultarse los trabajos de Báguena Cervellera (2004 y 2009). González Iglesias ha señalado que la demostración del virus en las vías digestivas altas y bajas fue hecha ya en 1912 por Kling y Pettersson, pero entonces no se le dio la debi-

da importancia, a pesar de haber demostrado Kling la presencia del virus en las heces fecales de enfermos de poliomielitis. En 1939, el propio Kling, demostró que el virus persistía en las heces de los enfermos hasta tres meses después del comienzo de la enfermedad. A partir de esta fecha y de los trabajos de Sabin y Ward se suceden las observaciones y experiencias quedando demostrado el aislamiento del virus en la cavidad nasofaríngea y en el intestino delgado y grueso. González Rodríguez lo explica así:

“...en la cavidad nasofaríngea y en el intestino delgado y grueso; que en la cavidad nasofaríngea permanece poco tiempo, los cinco días que preceden a la enfermedad y los cinco primeros días de ésta, y que en las heces fecales y productos del lavado intestinal puede encontrarse el virus tres semanas antes del comienzo de la enfermedad, persistiendo mucho tiempo después, hasta unas diez o doce semanas. Pero el hallazgo de mayor valor epidemiológico en estos últimos años ha sido la demostración del virus en la faringe y en las heces fecales de personas sanas o carentes de sintomatología clínica que han estado en contacto con enfermos de parálisis infantil, y aun en personas en que no se ha confirmado ninguna relación con esta clase de enfermos”.

Sobre el modo de transmisión más generalmente admitido a finales de la década de los cuarenta, Pedro Rodrigo Sabalette señala que es de persona a persona, “aunque no esté desechada en absoluto la posibilidad del contagio indirecto, por medio de objetos, de ciertas sustancias alimenticias (leche, agua) y hasta de ciertos animales (moscas). En cuanto a hipótesis epidemiológica, a partir de experimentos y de la experiencia clínica de las últimas epidemias, el tipo de infección de esta enfermedad parece adscribirse al de “infección

por gotas”, teniendo los portadores “sanos” un papel “de mucha mayor importancia que los mismos enfermos”. Recuérdese que la hipótesis de la transmisión hídrica se formuló por el hallazgo de la presencia del virus en el intestino de los sujetos infectados, se demostró que la colonización nasofaríngea era una fase transitoria mientras que la intestinal era la definitiva. Cabe recordar también que el papel de la mosca de los establos (*Stomoxys calcitrans*) en la transmisión pasiva de la enfermedad fue apuntado por Rosenau en 1913 (Ferrán Martínez Navarro, 2013). Sabalette insiste en esta cuestión y ofrece una panorámica de las incertidumbres que a mediados y finales de los años cuarenta existían entre los investigadores. Leamos:

“Efectivamente, las recientes investigaciones, realizadas sobre todo por autores americanos, han podido demostrar que el exudado rinofaríngeo de un gran número de personas sanas que habitan en un foco epidémico contiene material infectante, vista la posibilidad de su inoculación en los animales electivos: el mono y, en mucho menor grado, el conejo. Últimamente Ayckhoff y Kramer han comprobado en la sangre de convalecientes de poliomielitis y en la de ciertos portadores la existencia de una antitoxina que se muestra activa frente a la simiopoliomielitis experimental. Las comprobaciones experimentales resultan muy laboriosas y costosas porque los animales en los que la enfermedad es experimentalmente factible son muy escasos, hecho tanto más desconcertante si se considera que simultáneamente con las epidemias de poliomielitis se presentan, casi siempre, distintas epizootias, entre ellas la enfermedad de Borna (nombre de la localidad sajona en que primero se observó y estudió), que afecta con predilección a los caballos y aves, y que, en ciertos aspectos, se parecen extraordinariamente a la

enfermedad de Heine-Medin (carácter epidémico contemporáneo, cuadro clínico de parálisis, filtrabilidad del germen productor)”.

En 1948, el mismo año de la edición del capítulo de Sabalette, Florencio Pérez Gallardo (figura muy destacada de la salud pública española en la posguerra, que en esa fecha publicó un extenso artículo titulado “*Epidemiología y profilaxis de la poliomielitis*”), señaló también como principal limitación en la investigación etiológica de la poliomielitis la dependencia de los monos como animales de investigación (Ferrán Martínez Navarro, 2013; Nájera, 2006).

Sabalette señala que la poliomielitis afecta principalmente a niños pequeños, pero no de modo exclusivo; documenta este aspecto con los estudios de Tapia sobre la epidemia de Madrid de 1929, autor que apunta 112 observaciones, de las cuales 104 fueron niños de uno a tres años de edad. González Rodríguez señala, en 1953, la tendencia creciente en el número de invasiones “y su tendencia rebasadora de los límites de edad que habitualmente se tenían como clásicos, pues ya en muchos países no puede hablarse de enfermedad de la infancia, por afectarse casi en igual proporción niños y jóvenes adultos, notándose además que a medida que la enfermedad se desplaza a grupos de edades mayores aumenta la letalidad y aumenta el número de formas paralíticas graves, parálisis extensas de los miembros y formas bulbares y cerebrales”.

Otra cuestión. La enfermedad es más frecuente en las poblaciones rurales que en las urbanas; sobre este particular Rodrigo Sabalette argumenta que probablemente se deba al contacto más íntimo de los habitantes de las aldeas, aunque siembra la duda al sacar a colación la epidemia de Nueva York de 1933 que “ha respetado, casi por completo, la población

rural”. En cuanto a la estacionalidad de las epidemias constata que suelen presentarse al final del verano o a principio del otoño, coincidiendo con grandes lluvias. Goebels decía que “cuando el termómetro marca cero desaparece la polio”; sin embargo, no siempre se cumple este aforismo, no siendo raros los casos de parálisis en invierno y primavera (Cruz Hernández, 1972).

Rodrigo Sabalette señala también que la poliomiелitis en España “no parece revestir” tanta importancia como en el centro de Europa o en América del Norte, pero no presenta datos estadísticos de morbilidad y mortalidad para corroborar su afirmación, con toda seguridad por el poco espacio que podía dedicar a la enfermedad en el contexto del capítulo de las enfermedades orgánicas del sistema nervioso en el referido libro. Pero como hemos podido comprobar anteriormente hay cifras de morbilidad muy llamativas, como las que padeció Huelva en 1942, Granada en 1943 y Málaga en 1944 (tabla III). O los casos contabilizados en España en los años citados (tabla I).

En cuanto a la aparición de los brotes epidémicos, Sabalette señala a la exaltación de la virulencia de los gérmenes, el decrecimiento de la inmunidad adquirida, “jugando también un papel las condiciones locales del exudado rino-faríngeo y las infecciones asociadas que tan manifiestas son en muchos casos mortales, en los que la autopsia demuestra una generalización de focos en todos los parénquimas”.

4.2. Anatomía patológica y patogenia

Pedro Rodrigo Sabalette dedica un pequeño apartado a estos aspectos de la enfermedad. Señala como localización típica de las lesiones las células ganglionares del asta anterior de la médula lumbosacra, “aunque se admite generalmente una especial afinidad de la toxina

poliomiелítica con estas células y sus equivalentes mesocefálicas (en las localizaciones altas, atípicas de la enfermedad) no se puede excluir la importancia del factor hematógeno para explicar estas lesiones”. Y ofrece una explicación detallada, acompañada de una ilustración de la irrigación arterial de la médula (figura 2):

“La arteria espinal anterior da ramos alternativos para ambas astas anteriores que resultan, de este modo, irrigadas casi exclusivamente por estos ramos; y la inyección de una suspensión de polvos de licopodio en la aorta de una animal produce una acumulación electiva del producto en los cuernos anteriores. Ahora bien, el camino recorrido por la infección a partir de la puerta de entrada está representado con toda verosimilitud por la vía hemática”.

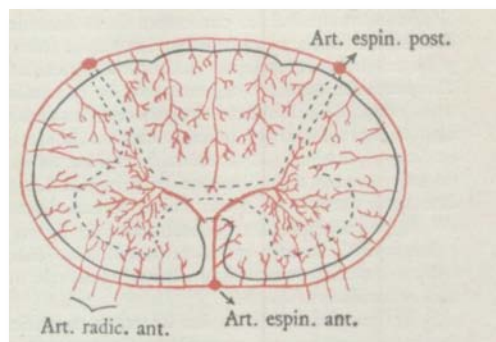


Figura 2: “Esquema de la irrigación arterial de la médula que explica la pseudosistematización lesional de la poliomiелitis” (Fuente: Rodrigo Sabalette, 1948)

En cuanto a la lesión principal señala que se produce a nivel de estas células motoras y con el microscopio pueden observarse “fenómenos de tigrolisis y neuronofagia muy intensos”. Y añade:

“Hay también una discreta participación de la pía y un edema intersticial con extravasado de los linfáticos. La sustancia gris aparece muy pálida y los límites con la sustancia

blanca, muy difuminados. En esta última hay, a veces, una verdadera inflamación intersticial, verdadera leucomielitis, sin que se presenten, sin embargo, degeneraciones secundarias”.

No olvida señalar que en los casos graves, con infecciones asociadas, la anatomía patológica de esta enfermedad se complica mucho, observándose focos diseminados, de especial predilección pulmonar, de tipo bronconeumónico, y a veces “verdaderas pulmonías lobares”.

En cuanto a la cicatriz anatómica escribe lo siguiente:

“...queda una intensa proliferación neuróglia en el asta anterior y una degeneración secundaria en las raíces motoras que se traducirá, clínicamente, en la atrofia de carácter degenerativo de los músculos correspondientes”.

Glanzmann (1946) señala que las investigaciones anatomopatológicas demuestran que la parálisis infantil es una enfermedad de todo el organismo, “una toxicosis hemática, una sepsis”, de manera que el miocardio, los riñones y el hígado aparecen como “cocidos”, el bazo muy inflamado y agrandado, y todos los órganos están sumamente “hiperemiados”. En cuanto a las mucosas de la nariz y de la faringe, así como en las vías respiratorias se observan señales de una inflamación catarral, “pudiendo comprobarse simultáneamente un catarro de la mucosa del intestino delgado y del colón”. Glanzmann, apoyándose en los trabajos de Walthard, apunta también que se observan hemorragias en la pleura, peritoneo y mucosas; sin embargo, “no ha sido posible hallar hasta la fecha al virus en la sangre (...), se encuentra muy rara vez en el líquido cefalorraquídeo o no se le halla, (...), probablemente el virus pasa por la sangre extraordinariamente de prisa, penetrando rápidamente en el sistema nervioso”. El virus pasa de los vasos sanguíneos a las meninges del encéfalo y de la médula, y

desde allí pueda atacar al cerebro y la médula, de manera que el virus daña principalmente a las grandes células ganglionares o neuronas de las que parten los impulsos del movimiento, especialmente de los brazos y de las piernas, ya que estas células poseen una gran irrigación sanguínea.

4.3. Sintomatología, formas clínicas, diagnóstico y pronóstico

Rodrigo Sabalette explica la evolución clínica de los casos típicos de la enfermedad en tres periodos: “Un primer período de invasión, de estado infeccioso indeterminado; un segundo de aparición de parálisis y un tercero de regresión de las mismas”.

La duración del primer periodo es variable, pero generalmente es de uno a cuatro días. Es un periodo febril con sintomatología “polimorfa y inespecífica”. Aparecen síntomas como estreñimiento o diarrea y vómitos, o bien tos, afonía, estornudos y lagrimeos. Además de intranquilidad, cefalea y dolores erráticos y generalizados, “a veces verdadera raquialgia”. En otras ocasiones aparece un periodo inicial de tipo meningítico, con rigidez de nuca y signo de Kernig, y “en ocasiones, insomnio pronunciado o somnolencia, o una tendencia a convulsiones epileptoides”. En esta primera fase el diagnóstico es complicado porque se puede confundir con un estado infeccioso como, por ejemplo, el causado por la gripe. El diagnóstico es más fácil “con motivo de una epidemia y aun así es solamente un diagnóstico de presunción”.

El segundo período está marcado por las parálisis, “...hacen su aparición inmediatamente de esta fase infecciosa; pero, a veces, lo hacen tan tempranamente que parecen primitivas”. En ocasiones aparecen dolores localizados en los músculos que se paralizarán, pero esto no es una constante. Sobre la parálisis apunta:

“La parálisis se extiende más o menos, con arreglo a la variabilidad individual de cada caso, pero lo típico suele ser el afectar a músculos de los miembros, en las formas habituales monopléjicas, parapléjicas o dipléjicas. La parálisis tiene, desde el primer momento, los caracteres de la flaccidez y los territorios afectos de parálisis suelen estar hipotérmicos. La exploración demuestra la hipotonía acentuada y la ausencia de reflejos tendinosos y periósticos. La exploración eléctrica nos da cuenta del carácter degenerativo de la parálisis (...). La punción lumbar practicada en esta fase suele demostrar la existencia de una discreta hipertensión del líquido cefalorraquídeo, acompañada generalmente de ligera hiperalbuminosis y pleocitosis (...). En el período febril suele comprobarse una ligera leucocitosis con neutrofilia y en las fases posteriores una reducida leucopenia”.

Los síntomas paralíticos, en plazo variable, comienzan a disminuir “y quedan localizados en grupos musculares determinados”. Normalmente quedan paralizados con más frecuencia los del grupo anteroexterno de la pierna, generando un pie equino o equinovaro, y en el miembro superior los músculos del antebrazo. Sabalette señala también que la parálisis residual de todo un miembro o de los músculos del tronco (periescapulares o abdominales), “no son, en manera alguna, excepcionales”. Y matiza de esta manera:

“Los fenómenos generales desaparecen por completo y se entra entonces en la fase residual. Los músculos paralizados se atrofian (...) y se van constituyendo las deformidades e incapacidades definitivas. La enfermedad, en realidad, ha pasado y nos encontramos entonces frente a las secuelas de la misma”.

Lo descrito hasta aquí por Rodrigo Sabalette se refiere a “casos típicos” de la enfermedad; pero también señala las formas aborti-

vas, en que sólo existe el primer período y las parálisis no llegan a aparecer, “casos que sólo pueden ser diagnosticados con motivo de ser observados en una epidemia”. Existen también “formas de sintomatología meníngea acentuada y otras en las que los fenómenos paralíticos van ascendiendo progresivamente hasta el punto de simular un síndrome de Landry”. En cuanto a las localizaciones estudia las formas mielíticas, con trastornos esfinterianos pronunciados, y formas en las que se trata de una verdadera leucomielitis cuya manifestación clínica es un síndrome de parálisis espástica, con fenómenos piramidales y signo de Babinski. Si el proceso asienta fuera de la médula da origen a formas polioencefalíticas, con sintomatología de parálisis bulbar o de oftalmoplejía, o bien a formas encefalíticas con síntomas y lesiones cerebrales. Más raramente, se produce un síndrome cerebeloso o un síndrome polineurítico, “con parálisis de tipo periférico, dolores y parestesias”.

En lo que se refiere al pronóstico, Sabalette apunta que la mortalidad de esta enfermedad es baja, “oscilando las cifras dadas en las distintas epidemias entre un 2 y un 8 por 100”. La muerte en los casos desfavorables suele producirse por parálisis bulbar en las localizaciones altas, o por parálisis de los intercostales y del diafragma en las localizaciones espinales, aunque en ocasiones “un proceso intercurrente”, como una bronconeumonía, puede acabar con la vida del paciente. En cuanto al porvenir de los pacientes pide prudencia: “...ha de ser muy reservado para cada caso, (...), al lado de casos con parálisis iniciales muy extendidas que llegan a regresar por completo, otros sin regresión, que dejan una invalidez permanente, a pesar de haber sido poco extendidos los fenómenos paréticos en un principio”.

4.4. Profilaxis y tratamiento

En este apartado reina el pesimismo en el texto de Rodrigo Sabalette. En lo que se refiere a la profilaxis señala como medida primordial el aislamiento del enfermo y de las personas cercanas, *“teniendo en cuenta la importancia de los portadores sanos”*. Sin olvidar el cierre de escuelas y otros centros durante los brotes epidémicos. Este pesimismo estaba presente en la mayor parte de los autores de la época, aunque apuntaban medidas como el aislamiento de los enfermos, la higiene de los alimentos o la lucha contra las moscas (Ferrán Martínez Navarro, 2013). La estrecha relación entre la larga persistencia del virus poliomiéltico en las heces y aguas de alcantarilla, y la transmisión de la parálisis infantil por intermedio de las moscas, es una cuestión señalada en la bibliografía a partir de los trabajos de Rosenau (González Rodríguez, 1953). Autores como John R. Paul, en los años cincuenta, señalaban a los portadores sanos, numerosos e incontrolados, porque su infección asintomática pasaba desapercibida, *“no sólo al clínico sino también al funcionario de salud pública”*. De manera que estas personas podían constituir un inmenso reservorio del virus *“y quizás son ellos los que mantienen el virus en una colectividad durante los intervalos interepidémicos”*. Recordemos que Pedro Rodrigo Sabalette insiste en su trabajo particularmente en este punto.

En cuanto al tratamiento Sabalette también se muestra pesimista, no existe *“un arma realmente eficaz”*. Apunta el empleo precoz del suero de convaleciente y el suero antipoliomiéltico de Pettit, *“pero las conclusiones formuladas por algunos autores a este respecto –entre nosotros, por Tapia– son desconsoladoras”*. A pesar de ello debe utilizarse en todos los casos por vía intravenosa y subcutánea. También hace referencia al tratamiento de Bordier con

la diatermia de los músculos paralizados con la radioterapia profunda de las zonas medulares correspondientes, *“es sólo aplicable en establecimientos hospitalarios y, por lo demás, existe un escepticismo creciente sobre los resultados que con él pueden obtenerse”*. Recomienda el reposo en cama y la utilización de urotropina por vía intravenosa. Y la punción lumbar, en las formas meníngeas, ya que alivian las cefaleas. En cuanto a las *“parálisis definitivas, amiotrofias y posiciones viciosas”* recomienda, *sin desarrollar el tema, los “procedimientos ortopédicos apropiados”*. Y no hace mención a las técnicas de rehabilitación de la enfermera australiana Elizabeth Kenny (1880-1952), cuyo método tuvo detractores en 1944 (Barraquer y Sales, 1956; Herrera, 2011).

Como apuntamos anteriormente dentro de los *“síndromes poliomiélticos”*, Sabalette además de la *“poliomielitis anterior aguda de la infancia o parálisis espinal infantil epidémica”*, que acabamos de exponer, señala también la *“poliomielitis anterior subaguda y crónica”*, que relaciona etiológicamente con la sífilis e intoxicaciones, *“aunque los traumatismo también se han incriminado en algunas observaciones”*. Asimismo considera dentro de los referidos síndromes la *“parálisis ascendente aguda o síndrome de Landry”*, *“que puede ser producido por distintos procesos anatomopatológicos”*. Y, por último, también el *“herpes zóster”*, justifica su inclusión de la siguiente manera y señala el desconocimiento de la etiología de esta enfermedad: *“Incluimos el estudio de este proceso en este capítulo de síndromes poliomiélticos, porque, según toda probabilidad, la erupción de herpes zóster está condicionada por una verdadera poliomielitis posterior de los ganglios espinales y de sus homólogos de algunos pares craneales”*.

5. EPÍLOGO

Misael Bañuelos García (1887-1954) dirigió desde mediados de los años treinta un *“Manual de Patología Médica”*, que tuvo según apunta Díaz-Rubio, impacto fuera de España, *“siendo libro de texto en muchas Facultades de España y de países de habla castellana”*. En esta obra dirigida por el médico burgalés, que fue primero catedrático de Patología Médica en la Facultad de Santiago de Compostela y posteriormente en Valladolid, colaboraron profesores como Juan Andreu Urra, Manuel Beltrán Báguena, José Casas Sánchez, Lorenzo Gironés, Agustín Pedro Pons, Fermín Querol, José María Villación y Pedro Rodrigo Sabalette. Este último autor, como hemos podido comprobar, se encargó y redactó por su formación clínica, llevada a cabo en primer lugar en Cádiz y posteriormente en diversas clínicas europeas, el capítulo titulado *“Enfermedades orgánicas del sistema nervioso central y periférico”*. Capítulo en el que demuestra su conocimiento de la materia apuntada, a pesar de verse obligado por las características de la obra a ofrecer la información de forma muy compendiada.

Pedro Rodrigo Sabalette es una figura de la medicina española de la primera mitad del siglo XX, que aún no ha recibido un reconocimiento suficiente a su obra docente, clínica e investigadora, por este motivo tratamos de contribuir al conocimiento de su figura divulgando el documentado estudio que en el libro de Bañuelos realizó sobre la poliomielitis, enfermedad que en la década de los cuarenta y en las siguientes causó mucho daño en el mundo y también en España; tanto que se ha representado en el cine y en la literatura; véase, por ejemplo, la novela *“Némesis”* del escritor estadounidense Philip Roth, centrada en la epidemia de poliomielitis padecida en Newark en 1944 (Herrera, 2011). Pensamos que las páginas que Rodrigo Sabalette dedica a la en-

fermedad en el referido Manual, dirigido por Misael Bañuelos, es una notable síntesis sobre el conocimiento de la enfermedad (etiología, patogenia, anatomía patológica, clínica, profilaxis y terapéutica), páginas que seguramente fueron muy estudiadas en los años cuarenta, tanto en España como en Sudamérica, por médicos y estudiantes de medicina.

FUENTES:

Para la realización de este trabajo se han utilizado las siguientes fuentes documentales:

- Expediente de profesor de Pedro Rodrigo Sabalette: Legajo 1994-B, expediente 11 (Archivo Histórico de la Universidad de Sevilla).

- Fotografía de Pedro Rodrigo Sabalette (Fondo Antiguo de la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz).

- Diario de Cádiz: 16 de abril de 1929; 27 de febrero de 1932; 5 de febrero de 1933; 20 de abril de 1934.

- Rodríguez Sabalette, Pedro (1948): *Enfermedades orgánicas del Sistema Nervioso Central y Periférico*. En Bañuelos, M. (dir.): *Manual de Patología Médica*. Editorial Científico-Médica. Sexta edición. Barcelona, tomo II, 7-264.

BIBLIOGRAFÍA

- Axelsson, P. (2009). ‘Do note at those apples; they’ve been on the ground!’: Polio epidemics and preventive measures, Sweden 1880s-1940s. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1, 23-38.

- Báguena Cervellera, M^a.J. (2004). Saberes y prácticas en torno a la polio en la medicina valenciana (1900-1950). En Martínez Pérez, J. et al (coords.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Editorial de la Universidad de Castilla-La Mancha, 949-962.

- Báguena Cervellera, M^a.J. (2009). Estudios epidemiológicos y virológicos sobre la poliomielitis en Valencia (1959-1969). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 1, 39-54.

- Ballester, R. y Porras, M^a.I. (2012). La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica. *Dynamis*, 2, 273-285.
- Barraquer Ferré, L. y Sales Vázquez, R. (1956). Poliomielitis. En Valero-Ribas, J. (Dir.). *Enciclopedia Salvat de Ciencias Médicas*. Barcelona: Salvat editores, SA, tomo IV, 535-543.
- Cruz Hernández, M. (1972). *Pediatría y Puericultura*. Barcelona: Editorial Romargraf., tomo 2º, 1553-1576.
- Díaz-Rubio, M. (2000). 100 médicos españoles del siglo XX. Madrid: Industrial Farmacéutica Cantabria, SA, 20-21.
- Farreras Valentí, P. y Rozman, C. (1978). *Medicina Interna*. Barcelona: Editorial Marín, SA., t. II, 815 y ss.
- Ferrán Martínez Navarro, J. (2013). Los estudios epidemiológicos sobre la poliomielitis en España antes de la vacunación. *Revista Española de Salud Pública*, 5, 429-441.
- Glanzmann, E. (1946). *La parálisis infantil epidémica (poliomielitis)*. Barcelona: Ediciones BYP.
- González Rodríguez, P. (1953). Aspectos epidemiológico y social de la poliomielitis. *La parálisis infantil en España (folleto para médicos)*. Madrid: Dirección General de Sanidad.
- Herrera Rodríguez, F. (1997). Exposición “50 años de la explosión de Cádiz” (1947-1997). *Llull. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 38, 333-335.
- Herrera Rodríguez, F. (2001). El Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz en la posguerra. En Cabrera, J.R. y Herrera, F. (dirs.), *El Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cádiz en el siglo XX. Conmemoración de su Centenario (1901-2001)*. Cádiz: Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz, 224-226.
- Herrera Rodríguez, F. (2007). *La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950)*. Cádiz: Fundación Provincial de Cultura (Diputación de Cádiz).
- Herrera Rodríguez, F. (2011). Un viaje a Newark en busca de la polio. *Cultura de los Cuidados*, 31, 30-40.
- Laval R., E. (2007). Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista chilena de infectología*, 3: 247-250.
- Marchena Domínguez, J. (1997). Cádiz, 1947: El año de la explosión. Cádiz: Ayuntamiento de Cádiz.
- Nájera, R. (2006). Florencio Pérez Gallardo (1917-2006). *Rev. Esp. Salud Pública*, 80: 605-608.
- Paul, John R. (1956). Epidemiología de la poliomielitis. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Disponible en <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v40n6p521.pdf> (Consultado el 2 de diciembre de 2014).
- Porras Gallo, M.I., Ayarzagüena Sanz, M., Heras Sarlord de las, J. y Báguena Cervellera, M^a.J. (coords.) (2013). *El drama de la polio. Un problema social y familia en la España franquista*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Rodríguez Sabalette, P. (1926). *De la actividad tónica de los músculos estriados y su posible registro gráfico*. Cádiz: Tip. M. Cerón.

Historicidad y historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería

Historicity and historiography: contribution of phenomenological interview to Nursing

Historicidade e historiografia: contribuição da entrevista fenomenológica para a Enfermagem

Thaís Vasconcelos Amorim¹, Anna Maria de Oliveira Salimena², Ívis Emília de Oliveira Souza³

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: annasalimena@terra.com.br.

³Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ivis@superig.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Amorim, T.V., Salimena, A.M.O. y Souza, I.E.O. (2015). Historicidad y historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 41.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.09>

Correspondencia: Rua Paulo de Souza Freire, nº 56, apartamento 901. Bairro São Mateus. Juiz de Fora, Minas Gerais. CEP: 36025-350.

Correo electrónico: thaissamorim80@gmail.com.

Recibido: 12/09/2014; Aceptado: 11/003/2015



ABSTRACT

Qualitative study grounded in phenomenology in order to highlight the historiography and historicity as an analytical possibilities of the interview based on the theoretical and methodological referential of Martin Heidegger. Scenario was to a hospital in Minas Gerais and as deponents ten women that denoted their understandings about the day to day after cardiac surgery through Phenomenological Interview. It was used the Heideggerian ana-

lytical hermeneutics. The results showed the construction of historiography and historicity in motion unveiling of being-there-woman-after-cardiac-surgery, allowing the researcher to understand a way that favors intersubjectivity. We consider the extension of this research to healthcare practice, which in this study turns to women's health, since intersubjectivity may help guide health professionals to meet the Being, moving the ball ontic ontological to the rescue care-with each other from their multiple and unique needs.

Keywords: Qualitative Research; Interview; Nursing Care; Thoracic Surgery.

RESUMEN

Estudio cualitativo fundamentado en la fenomenología con el fin de mostrar la historiografía y Historicidad como posibilidades analíticas de la entrevista basada en lo referencial teórico y metodológico del Martin Heidegger. Escenario fue a un hospital de Minas Gerais

y como deponentes diez mujeres significado que significaban sus entendimientos sobre el día a día después de la cirugía cardíaca a través de la entrevista fenomenológica. Se utilizó la analítica hermenéutica heideggeriana. Los resultados mostraron que la construcción de la historiografía y la historicidad de inauguración movimiento del ser-mujer-después de la cirugía cardíaca, lo que permite al investigador a entender una forma que favorece la intersubjetividad. Consideramos que la extensión de esta investigación a la práctica médica, que en este estudio se dirige a la salud de la mujer, ya que la intersubjetividad puede ayudar a los profesionales de la salud de guía para conocer el Ser, moviendo el balón óntico ontológica al rescate atención-con el otro de sus múltiples y únicos necesidades.

Palabras Clave: Investigación Cualitativa; Entrevista; Atención de Enfermería, Cirugía Torácica.

RESUMO

Estudo qualitativo ancorado na fenomenologia com o objetivo de evidenciar a historiografia e a historicidade como possibilidades decorrentes do movimento de análise da entrevista fenomenológica fundada no referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger. Teve como cenário uma instituição hospitalar em Minas Gerais e como depoentes dez mulheres que significaram suas compreensões acerca do dia a dia após uma cirurgia cardíaca por meio da Entrevista Fenomenológica. Utilizou-se a analítica hermenéutica Heideggeriana. Os resultados apontam a construção da historiografia e da historicidade no movimento de desvelamento do ser-aí-mulher-após-cirurgia-cardíaca, possibilitando ao pesquisador a compreensão de um caminho que favorece a intersubjetividade. Considera-se a extensão

desta investigação à prática assistencial, uma vez que a intersubjetividade pode balizar o profissional de saúde ao encontro do Ser, movimentando-se da esfera óntica à ontológica no resgate do cuidado-com o outro a partir de suas múltiplas e singulares necessidades.

Palavras-Chave: Pesquisa Qualitativa; Entrevista; Cuidados de enfermagem; Cirurgia Torácica.

INTRODUÇÃO

No domínio da saúde a pesquisa qualitativa tem alcançado expressivo espaço científico ao buscar a compreensão dos significados que o ser humano confere aos fenômenos que vivencia. A partir da compreensão de que se faz mister a busca de novos modos de produzir conhecimentos que agreguem valor às perspectivas do ser do humano, a Enfermagem encontrou apoio em investigações desta natureza por ter imbricado em seu processo de formação e atuação profissional o cuidado, que é complexo por si e permeado de subjetividades incapazes de serem exploradas pelas análises de abordagem quantitativa (Lacerda & Labronici, 2011).

Nesta concepção, a abordagem fenomenológica sustentada no pensar de Martin Heidegger tem se anunciado como possibilidade teórica, filosófica e metodológica para a pesquisa em enfermagem. (Araújo et al., 2012; Almeida et al., 2009; Delavechia et al., 2010).

A reflexão filosófica de Heidegger (2011) centra-se no paradigma que tem como tema o Ser no modo de pensamento ocidental. Então, constitui-se da interrogação contínua que busca compreender o objeto do qual se interroga e que direciona os seus passos e movimentos procuram-se as pistas por meio da atitude fenomenológica expressa pela realidade. Ao per-

mitir que nesta se manifeste o que permanece oculto à reflexão a partir e em si mesmo, podendo-se alcançar o ser do ente que todos nós somos, testificando os constantes velamentos e desvelamentos implícitos no Ser. Ao considerar a descrição dos fenômenos que contemplam o Ser a partir das questões a ele direcionadas do que se conserva velado, o filósofo parte da premissa de que o que é capaz de se manifestar por si mesmo tem a possibilidade de estar oculto na movimentação de ser do ente em seu cotidiano sendo-no-mundo.

À despeito do cuidado do pesquisador em situar e alinhar todo o processo de pesquisa qualitativa nos pólos epistemológico, teórico, técnico e metódico, os quais conferem o rigor ético e científico necessários à produção e análise dos dados, nos estudos fenomenológicos - em busca do fenômeno - há que se considerar ainda o movimento do investigador para a suspensão (epoché) das ideias a priori, representadas pelo seu pré-reflexivo, com vistas à visualização atenta do que se busca, a coisa mesma, para que de fato a condução do estudo se mostre na perspectiva fenomenológica (Boemer, 2011).

Neste contexto, buscam-se os entes, interrogando-os em um encontro existencial propiciado pela Entrevista Fenomenológica. Este momento é decisivo para o alcance das demais etapas metódicas. A abertura propiciada pelo investigador nesta fase deve ser mediada pela empatia, que é um movimento do ser que pergunta para o ser que significa, favorecendo o colocar-se no lugar do outro demonstrando respeito pelos seus sentimentos e perspectivas e permitindo que as expressões sejam livres e destituídas de interferências. A entrevista se inicia com um questionamento amplo acerca do como, intentando a compreensão e possibilitando a abertura para a expressão da lin-

guagem verbal e não verbal, onde aquilo que é falado e manifesto gestualmente também deve ser considerado. (Amorim et al., 2013; Heidegger, 2011; Paula et al., 2012; Salimena e Souza, 2010; Kesterberg, 2013).

Nos estudos qualitativos de modo geral, a caracterização dos participantes é descrita com base nas informações objetivas obtidas por meio do acesso documental no cenário de estudo e/ou do próprio participante. Entretanto, na abordagem em questão, esta caracterização pode ser contemplada pela historiografia que propicia a historicidade para além das informações objetivas, considerando o mostrar-se do depoente capaz de anunciar o seu quem. Este movimento de busca do ser-investigado estabelece a ponte ôntico-ontológica e possibilita o avançar para as demais instâncias metódicas, culminando no desvelamento dos sentidos possíveis do ser.

Interessa neste estudo a descrição do recorte da dissertação de mestrado que desvelou os sentidos do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca, considerando a importância em demonstrar o quem que se buscou a partir do encontro existencial. Neste sentido, objetivou-se evidenciar a historiografia e a historicidade como possibilidades decorrentes do movimento de análise da entrevista fenomenológica fundada no referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa ancorado na fenomenologia heideggeriana aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 304/2011 e atendeu as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). Constituiu-se como cenário uma Instituição Hospitalar de médio porte da Zona da Mata Mineira. Recorreu-

-se ao livro de registros cirúrgicos, a fim de identificar as mulheres submetidas à cirurgia cardíaca no primeiro semestre do ano de 2011 e colheram-se informações relativas ao endereço e contato telefônico. A fim de reduzir pressupostos, os prontuários das pacientes não foram consultados na íntegra.

Dez mulheres responderam a questão orientadora da entrevista: Como está sendo o seu dia a dia após a cirurgia cardíaca? Para o desenvolvimento do estudo após o contato telefônico convidando-as à participação foi agendando o encontro em seu ambiente residencial. A identificação para preservação do anonimato deu-se por meio de nomenclatura da flora brasileira com livre escolha do pseudônimo.

Antes do pronunciamento da questão orientadora, buscou-se captar facetas relativas à identificação das mulheres, tais como idade, tempo de diagnóstico da cardiopatia, tipos de cardiopatia e de cirurgia, data da cirurgia, estado civil. Desde este momento, observaram-se as singularidades de cada depoente, o modo de falar, de exprimir o gestual. Anunciada a questão, novos modos e expressões se mostraram seguidas de expressões emotivas, momentos de choro e silêncio. A atenção a este movimento do ser-mulher-aí-aps-cirurgia-cardíaca permitiu a construção da historiografia e historicidade.

As falas foram gravadas em Mp3 e transcritas na íntegra, assim como as observações do diário de campo, especialmente aquelas relacionadas à linguagem não verbal. A imersão na busca de pistas por meio da linguagem do ser que se mostrou, propiciou a captação das estruturas essenciais que constituíram as Unidades de Significação, possibilitando a historicidade que emergiu do primeiro momento metódico, ainda na esfera dos fatos ou de com-

preensão vaga e mediana que, “começa apenas explicitando o ser deste ente, sem interpretar-lhe o sentido” (Heidegger, 2011, p.154). Logo, o filósofo direciona sua reflexão em torno da interpretação deste primeiro momento compreensivo o qual deve culminar na conquista do fio condutor que estruturou o conceito de ser.

Mediante esta decisão que não foi da investigadora, mas sim, do ser que foi perguntado, tornou-se possível avançar para o segundo momento de compreensão interpretativa ou hermenêutica: a dimensão ontológica que é a instância de possibilidades de desvelamento do fenômeno de interesse, a qual origina a esfera factual, conferindo-lhe sentidos possíveis de serem desvelados (Amorim et al., 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A historiografia das depoentes

A historiografia se dá a partir da esfera factual, dimensionando onticamente o quem da mulher no dia a dia após a cirurgia cardíaca. A historicidade como modo de ser da história, torna-a objeto possível da historiografia. E, uma vez que a presença existe histórica e temporalmente, possibilita a abertura e apreensão de sua existência (Salimena e Souza, 2010).

Pode-se perceber o gestual característico de cada depoente, o movimento das mãos apertando-as quando relatavam suas angústias e temores. Manifestações peculiares acerca das pessoas que circundavam seus mundos-vida eram notadas e anotadas no diário de campo para posterior complementação à escuta atenta, própria do movimento de análise compreensiva. Até mesmo no silêncio, suas linguagens puderam ser ouvidas, uma vez que “[...] o silêncio possui o mesmo fundamento existencial” (Heidegger, 2011, p.227). A imprevisibilidade no desenrolar de cada um dos encontros



existenciais, propiciou a abertura de universos desconhecidos. Emergiu então, a necessidade de tirar de si o foco para compreender o outro como o único sujeito capaz de significar o fenômeno interrogado (Melo et al., 2012).

Desta forma, constituiu-se a historiografia das depoentes a partir da caracterização da mulher no sistema de saúde e das respostas que ela conferiu à investigadora no início de cada entrevista:

Rosa, 63 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstitutiva realizada 15 meses antes da entrevista. Demonstrava apreensão. Sua postura corporal era curvada, caminhar lento, dificultado, amparando-se nas paredes de acesso ao portão. Sentamos no sofá lado a lado. Momentos de silêncio profundo ocorreram. Lágrimas banharam sua face. Apertava as mãos como que desejando segurar-se, impedir-se. Constantemente mencionava o marido, companheiro que segundo ela desvelava-se nos mínimos cuidados.

Margarida, 58 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstitutiva realizada 15 meses antes da entrevista. De longe acenou e presenteou-me com um largo sorriso. Abrimos o diálogo na direção do seu dia a dia. Sua fala e o gestual eram velozes, ansiava em expressar-se. Quando uma de suas filhas chegou e tentou participar do encontro,

ela murchou, manifestando contrariedade pelo desejo nítido de querer ser a única a falar de si mesma. Ao fim do depoimento suas mãos ávidas aquietaram, o tom verbal se modificou e verbalizou sobre sua fé em Deus emocionando-se.

Violeta, 56 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstitutiva realizada nove meses antes da entrevista. Solicitou que ficássemos uma de frente para a outra. Falar sobre si mesmo não era um “*bicho de sete cabeças*”. Tinha uma vida muito ativa antes da cirurgia. Confessou que sentia falta da vida de antes, direcionando o olhar para o horizonte como a buscar esperança de um dia voltar a ser o que era.

Bromélia, 26 anos, casada, portadora de cardiopatia valvar, cirurgia do tipo substitutiva realizada 12 meses antes da entrevista. Mostrava-se tímida e pouco disposta a falar sobre a cirurgia em si. Friccionava suas mãos sem cessar. Respondia-me com frases curtas. Falava com reserva, porém sorria ao final de cada momento. Impedida de trabalhar experimentava a indecisão com o fato de voltar ou não à lide. Rememorando atitudes após a alta hospitalar que considerou como arte, apresentava um notório brilho no olhar.

Hortênsia, 52 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstitutiva realizada 18 meses antes da entrevista. Preocupou-se em aguardar-me no portão. Levou-me até sua residência após atravessar um bonito jardim. Permanecemos sentadas na sala. Falou de seu esposo, filhos, dos afazeres que estavam suspensos, da saudade que sentia de trabalhar na igreja. Após silêncio, emocionou-se ao expressar a fragilidade atual do seu corpo, levando a mão ao lado esquerdo do peito mencionando a responsabilidade do coração.

Orquídea, 58 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstrutora realizada 12 meses antes da entrevista. Deixou-me confortável durante todo o encontro. Houve grande abertura desta flor. A maior mudança foi sentir-se mais emotiva no dia a dia. Quando comparou a solicitude do marido e dos filhos, mostrou-se incomodada com o cônjuge, enfatizando o que dizia em tom aumentado de voz. Falou de seus medos relativos a uma reoperação, de ter de voltar ao hospital e sua expressão facial demonstrava susto e angústia.

Lírio, 59 anos, viúva, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstrutora realizada 14 meses antes da entrevista. Convidou-me para entrar em seu lar. Sentamos no sofá tendo entre nós sua neta. Começou a contar-me de seus dias atuais culminando em uma manifestação emotiva intensa ao falar de seus filhos. Havia muito valor gregário em suas falas a ponto de todo o seu depoimento conter o tema familiar. Mostrou-se desconfortável ao mencionar os momentos de internação.

Ipê amarelo, 63 anos, casada, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstrutora realizada 18 meses antes da entrevista. Ofereceu-me o local considerado por ela o mais confortável de sua casa. Ficamos sentadas lado a lado tendo seu animal de estimação aos nossos pés. Emocionou-se ao lembrar o zelo da família nos primeiros momentos e ao falar da possibilidade de finitude.

Ipê Roxo, 20 anos, solteira, portadora de cardiopatia congênita, cirurgia do tipo substitutiva realizada 11 meses antes da entrevista. Sua face alva corava quando da menção às restrições impostas a ela por familiares e demais pessoas de seu convívio. Sentia-se mais madura do que os outros esperavam que ela fosse em tão tenra idade. Firmava-se no propósito

de ser quem era defendendo-se como podia diante das manifestações contrárias às suas.

Begônia, 75 anos, viúva, portadora de cardiopatia isquêmica, cirurgia do tipo reconstrutora realizada 11 meses antes da entrevista. Mostrou-se fisicamente pouco à vontade pela dificuldade em sentar-se. Entretanto, expressou grande necessidade de contar sua história. Dotada de uma vontade singular de voltar a viver, expressava-se com vigor, movimentando as mãos no ar como que a exigir que tudo fosse diferente. Ao falar da condição de viuvez maior emotividade a envolveu.

Assim, os depoimentos caracterizaram-se por lembranças de vários momentos de suas vidas, exprimindo-se em uma linha do tempo que não é cronológica e sim, fenomenal, capaz de ser significada por cada uma delas, independente do tempo entre a cirurgia e a entrevista. As mulheres revelaram-se como entes que deram vazão às falas permeadas pela linguagem, por meio do dito e do não-dito. Notou-se que na dimensão dos fatos, elas manifestaram o seu quem a partir das questões físicas da doença cardíaca, da constituição doméstica, familiar e da condição social/laboral.

A partir de então, nesta dimensão em que na maior parte do tempo a presença se mantém, caminhou-se em direção à análise que “[...] anuncia a dimensão fenomenal ao considerar o vivido do humano em seu cotidiano, revela subjetividades e expressa a intersubjetividade do encontro [...]” (Heidegger, 2011, p.986).

Compreendendo a emersão da historicidade a partir do caminhar na ponte ôntico-ontológica

Em sua existência, sendo no mundo, o ser do ente se constitui de historicidade, como modo de ser e de acontecer em sua história.

Emerge da compreensão dos fatos, não obstante apontar a dimensão fenomenal e, se revela na medida em que se questiona o ser e este doa significados acerca do fenômeno situado e de interesse. A historicidade possibilita ao investigador um caminhar seguro na ponte ôntico-ontológica, reduzido de pressupostos uma vez que perscruta o quem que se mostra em detrimento do o que que se mostra (Moreira & Sales, 2010; Pedreira & Lopes, 2012; Amorim et al, 2013a).

No movimento de compreensão de si mesma, em seu sendo, as mulheres mostraram-se incomodadas com as mudanças físicas e emocionais após o ato cirúrgico. Ao contarem suas histórias, voltaram ao passado a fim de dizerem que desde o dia do diagnóstico e anúncio da necessidade operatória, viam-se privadas do exercício de serem elas mesmas. No dia a dia, têm um sentimento de inutilidade ao depender de todos e mostram preocupação em retomarem aquilo que um dia foram, conforme declaram Lírio e Ipê Roxo. *Gostaria de estar trabalhando. Se soubesse que ia ser assim não tinha operado, ficar parada e os outros fazendo as coisas para mim. Minha vida mudou muito. (Lírio) Psicologicamente mudou muito com relação às pessoas, me olham parece mais com dó, assim: “Nossa, coitada, ela passou por uma cirurgia, está com uma marca tão feia, tadinha, será que vai ficar assim?”. As pessoas tentam me privar de coisas que não sabem, só por que tenho um corte no meio do peito. (Ipê roxo)*

É possível inferir que a expectativa de que a cirurgia traria de volta a condição de saúde prévia ao adoecimento não foi confirmada. Este pressuposto que existia no pré-operatório é ratificado pelos próprios profissionais de saúde ao afirmarem o quanto a operação pode ser benéfica. No entanto, faz-se necessário orientar claramente o/a paciente e seus familiares

do papel da cirurgia cardíaca no que tange à recuperação do estado de doença aguda, o que não elimina o curso patológico decorrente da cronicidade da cardiopatia (Melo et al., 2012) e a convivência do ser-portador-de-doença-cardíaca com as limitações e terapêuticas delineadas para cada agravo.

Neste contexto, o conforto que poderia ter sido proporcionado pelo cuidado clínico do enfermeiro ainda no âmbito hospitalar, possibilitaria o melhor enfrentamento dos desafios domiciliares, quer nos aspectos físicos ou psicossociais (Boemer, 2011; Silva et al., 2013).

O movimento analítico hermenêutico permitiu desvelar o sentido da cotidianidade por meio do dito alheio que as demarca: dependente, cardíaca, portadora de uma cicatriz. Neste modo de ser *impróprio*, incompreendem-se como seres de possibilidades, delegando os significados acerca de si para os participantes de seu *mundo doméstico e mundo público*. Ao ser-no-mundo na impropriedade, a presença assume o modo que na maior parte do tempo se encontra (Heidegger, 2011). Sendo-mulher, a mulher não re-conheceu a possibilidade de um dia ser-mulher-cardíaca e velou-se para esta condição, permanecendo na inautenticidade.

Neste contexto, a emersão da historicidade se mostrou no acontecimento de ser sendo-no-mundo, de como esse Ser se compreende a partir daquilo que lhe foi questionado, no vigor possível de retomar sua história, dada a condição de temporalidade que o constitui (Amorim et al., 2013a).

Do mesmo modo, no cotidiano após a cirurgia, Rosa e Orquídea mostram-se mais sensibilizadas e chorosas, uma vez que a alegria de antes não está presente agora. Por outro lado, Lírio e Begônia mostram-se tolhidas e circunscritas ao controle de outros, demons-



tram a preocupação dos familiares ao lado da insatisfação que esta gera. *Tem dia que sinto angústia [...] depressão [...] E tem dia que me dá uma vontade de chorar sem saber por que.* (Rosa) *Eu não era assim, falava mais do que chorava, agora choro mais do que falo.* (Orquídea) *O pessoal daqui de casa fica me segurando: “Não, a senhora não pode ir, não vai sair sozinha que a gente tem medo”.* (Lírio) *Minha filha com excesso de cuidado me tolhia. Vitória muito grande foi a minha independência de ir ao vaso sanitário, por que eu não tinha forças nas pernas.* (Begônia)

Sabe-se que atualmente as doenças crônicas não transmissíveis como no caso da cardiopatia são consideradas pelos órgãos governamentais como epidemias em virtude da alta prevalência e incidência. Os estudos de mortalidade preveem em futuro próximo o aumento de óbitos por estas doenças que, em seu bojo apresentam forte tendência de deflagração de outras comorbidades. Neste sentido, destaca-se entre mulheres portadoras de patologias crônicas o risco elevado de desenvolvimento de depressão. Nada obstante, a doença cardíaca por si só representa a maior causa de incapacidade feminina (OPS, 2012; Boing et al., 2012).

A prevenção da doença cardíaca a partir dos fatores de risco modificáveis, assim como a promoção de hábitos saudáveis por meio de orientações e programas que fortaleçam a saú-

de feminina são medidas requeridas pela *American Heart Association*, as quais os enfermeiros têm condições de atender em quaisquer níveis de atenção. No *guideline* direcionado à prevenção da doença cardiovascular na mulher, o rastreamento da depressão ocupa lugar de destaque (Sherrod et al., 2013; Wood & Gordon, 2013).

As depoentes abriram-se para a crença religiosa na certeza de um tempo divino para o restabelecimento. *Parece que fiquei muito próxima da morte. Agora rezo muito, tenho os meus santinhos. Deus me ajudou muito, pedia muito a Nossa Senhora me auxiliar.* (Ipê amarelo) *Busquei mais Deus, um conforto [...] Depois que eu fiz a cirurgia [...] frequento missas chamadas missas da cura [...] me traz uma paz muito grande.* (Ipê Roxo) *O sacramento da unção dos enfermos foi o primeiro que eu providenciei antes de internar e quando eu estava na pior.* (Begônia) *A gente tem que pedir muita força a Deus, não adianta desesperar, tem que conformar, tudo tem seu tempo e sua hora. E esse tempo é de Deus.* (Hortênsia)

A relação entre a religião, religiosidade e espiritualidade em consonância com o processo saúde-doença tem sido explorada de modo peculiar pela ciência. Especificamente na doença cardíaca a dimensão humana da espiritualidade é acessada pelos pacientes de modo expressivo, revelando a sua importância. Além do conforto psíquico gerado, o cultivo das crenças espirituais aponta para a redução da pressão arterial, aumento da qualidade de vida e menores índices de depressão (Cantus Sancho & Solano Ruiz, 2011; Luchetti & Luchetti, 2011; Groleau et al., 2010).

Ao lado do *tempo divino* mencionado, as mulheres também contam com o tempo do médico para se sentirem mais livres, desejando retomarem suas atividades habituais. Neste

movimento, mostram-se apreensivas quanto ao que já podem fazer. *Eu gostava muito de sair. Gostava e gosto, mas não posso, porque as vezes eu saio, eu saí poucos dias ali pra ir, quando cheguei aqui perto da minha casa, eu caí, quase me ralei todinha, então não tem como sair.*(Margarida) *Trabalhava, mas não estou trabalhando. Não sei por que alguns médicos falaram que eu não podia, outros falam que já posso ter a vida normal, fico meio indecisa se posso ou se não posso.* (Bromélia) *Já faço a comida, lavo vasilha, não tem esforço não. Aí, já me sinto melhor, podendo fazer um pouquinho já distrai.* (Hortênsia) *Fico com medo de fazer e doer no lugar que serrou. Já diminuíu a dose do remédio de colesterol. Se Deus quiser eu vou parar um dia.* (Orquídea) *Encostei, aposentei semana passada por causa do problema da válvula. Conformei.* (Lírio)

Percebe-se que apesar dos avanços da relação entre médico-usuário em torno da maior participação do paciente em seu tratamento, o modo como o profissional participou do cotidiano das mulheres após cirurgia cardíaca suscitou coerção (Bittencourt et al., 2013), uma vez que as depoentes não tiveram outra opção a não ser seguirem os conselhos médicos.

Nas relações de cuidado às mulheres a ocupação da equipe de saúde tangenciou o ente e velou o ser em seu sentido mais próprio de ser ela mesma. A recuperação é ditada pelo outro em um tempo cronológico: dos dias após a cirurgia, dos horários das consultas de retorno, dos meses para voltar à atividade laboral, dos minutos dedicados aos exercícios físicos de reabilitação. Nesta espera as mulheres abrem-se para as possibilidades que nutrem a partir de suas expectativas, por que o “possível pode vir ao encontro sem obstáculos ou restrições, em seu talvez, talvez não ou por fim sim” (Heidegger, 2011, p.338).

CONCLUSÃO

A fim de apresentar a historiografia e a historicidade como possibilidades decorrentes do movimento de análise da entrevista fenomenológica fundada no referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger, buscou-se elucidar o encontro com as depoentes. Neste sentido, apreendeu-se a historiografia na medida em que o ser se mostrou na condição de ente, à maneira de muitas que têm de passar por uma cirurgia de alta complexidade. A compreensão da esfera ôntica, incitou a constituição da historicidade do ser-aí-mulher em direção à interpretação compreensiva. Ao interrogar sobre o seu dia a dia após a alta hospitalar, descortinaram-se dificuldades, angústias e aflições.

A contribuição desta pesquisa para o ensino e para a prática de enfermeiros que cuidam de pacientes portadores de cardiopatia, reside no (re)conhecimento da historiografia mediada pela empatia e da historicidade que resulta de ambas, delineando possibilidades de pesquisas e práticas assistenciais de enfermagem pautadas na ontologia do cuidado, a partir da compreensão do holismo do humano. Este caminhar investigativo apresenta a possibilidade de estender-se à prática assistencial como modo de cuidado ao outro, uma vez que baliza o profissional ao encontro do Ser, movimentando-se da esfera ôntica à ontológica no resgate do cuidado realizado a partir de suas necessidades plurais.

O referencial teórico-metodológico apresentado como suporte da etapa de campo, bem como a discussão da relação empática mediadora da entrevista fenomenológica, contribui diretamente para o desenvolvimento de pesquisas sustentadas nesta abordagem. Em especial, a partir do estudo em tela, considera-se a possibilidade dos profissionais de saúde

e, dentre eles o enfermeiro, compreenderem e adotarem um caminho na perspectiva da integralidade da assistência, que aponte para a necessidade da intersubjetividade, entendendo a singularidade do ser humano em suas vivências, em seu sendo no mundo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, I.S., Crivaro, E.T., Salimena, A.M.O. y Souza, I.E.O. (2009). O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. *Rev Eletr Enf*, 11(3), 695-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a30.pdf>. Acesso em: 02 de abr 2013.
- Amorim, T.V., Salimena, A.M.O., Melo, M.C.S.C., Souza, I.E.O. y Silva, L.F. (2013). Sentidos do ser-aí-mulher-após-cirurgia-cardíaca à luz de Heidegger. *Rev RENE*, 14(5), 988-95.
- Amorim, T.V., Salimena, A.M.O., Souza, I.E.O., Melo, M.C.S.C., Silva, L.F. y Cadete, M.M.M. (2013a). Mulher portadora de cardiopatia cirúrgica: possibilidades de cuidado de enfermagem a partir das ekstases temporais. Trabalho Premiado no 65º Congresso Brasileiro de Enfermagem.
- Araújo, R.A., Cartaxo, H.G.O., Almeida, S.M.O., Abrão, F.M.S., Filho, A.J.A. y Freitas, C.M.S.M. (2012). Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. *Esc. Anna Nery* 16(2), 388-94.
- Bittencourt, A.L.P., Quintana, A.M., Velho, M.T.A.C., Goldim, J.R., Wottrich, L.A.F. y Cherer, E.Q. (2013). A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicologia em Estudo* 18(1),93-101.
- Boemer, M.R. (2011). A fenomenologia do cuidar – Uma perspectiva de enfermagem. In Peixoto AJ, Holanda AF, (comps.), *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: Perspectivas multidisciplinares*, Juruá: Curitiba, 61-6.
- Boing, A.F., Melo, G.R., Boing, A.C., Moretti-Pires, R.O., Peres, .KG. y Peres, M.A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saude Publica* 46(4), 617-23.
- Brasil. (1996). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília.
- Delavechia, R.P., Terra, M.G., Noal, H.C., Padoin, S.M.M., Lachinne, A.J.B. y Silva, M.E.N. (2010). A percepção de si como ser-estomizado: um estudo fenomenológico. *Rev Enferm UERJ*, 18(2), 223-8.
- Groleau, D., Whitley, R., Lésperance, F. y Kirmayer, L.J. (2010). Spiritual reconfigurations of self after a myocardical infarction: influence of culture and place. *Health Place*, 16(5): 853-60.
- Heidegger, M. (2011). *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes.
- Kestenberg, C.C.F. (2013). A habilidade empática é socialmente apreendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, 21(4), 427-33.
- Lacerda, M.R. y Labronici, L.M. (2011). Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 64(2), 359-64.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G. y Avezum Júnior, A. (2011). Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol*, 24(1),55-7.
- Melo, H.C., Araújo, S.E.G., Santos, V.E.F.A., Veríssimo, A.V.R., Alves, E.R.P. y Souza, M.H.N. (2012). O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Esc Anna Nery*, 16(3), 473-9.
- Moreira, R.C. y Sales, C.A. (2010). O cuidado de enfermagem para com o ser portador de pé diabético: um enfoque fenomenológico. *Rev Esc Enferm, USP* 44(4),896-903.
- Pan American Health Organization. (2012). *Improving chronic illness care through integrated health service delivery networks*. Washington.
- Paula, C.C., Souza, I.E.O. Cabral, I.E. y Padoin, S.M.M. (2012). Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 25(6), 984-9.
- Pedreira, L.C. y Lopes, R.L.M. (2012). Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev Eletr Enf*, 14(2), 304-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree>.



v14i2.10313. Acesso em: 02 Abr 2013.

- Salimena, A.M.O. y Souza, I.E.O. (2010). Cotidiano da mulher pós histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. *Rev. Bras. Enferm.*, 63(2), 196-202.
- Sancho Cantus, D. y Solano Ruiz, M.C. (2011). Ischemic heart disease in women. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19(6), 1462-9.
- Sherrod, M.M., Sherrod, N.M., Spitzer, M.T. y Cheek, D.J. (2013). AHA recommendations for prevent heart disease in women. *Nursing*, 43(5), 61-5.
- Silva, A.L., Silva, L.F., Souza, I.E.O. y Moreira, R.V.O. (2013). Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. *Esc Anna Nery*, 17(1), 168-72.
- Wood, J. y Gordon, P. (2012). Preventing CVD in women: the NP's role. *Nurse Pract*, 37(2), 26-33.



Imagen de la práctica de lactancia materna a través de la numismática Contemporánea

Image of breastfeeding practice through modern coins

Imagem da prática do aleitamento materno através de numismática contemporânea

Juan Francisco Reyes Revuelta

¹Diplomado en Enfermería y Profesor Asociado en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Excma. Diputación Provincial de Málaga. Universidad de Málaga

Cómo citar este artículo en edición digital: Reyes Revuelta, J.F. (2015). Imagen de la lactancia materna a través de la numismática contemporánea. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 41.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.10>

Correspondencia: Centro Universitario de Enfermería de la Excma. Diputación Provincial de Málaga.

Plaza Hospital Civil S/N. C.P. 29011. Málaga.

Correo electrónico: reyesrevuelta@hotmail.com

Recibido: 11/12//2014; Aceptado: 7/03/2015



ABSTRACT

Numismatics is the hobby and art of collecting coins and banknotes from different eras and cultures. The reasons minted in various currencies allow us to know historical facts, empires, monarchs, evolution of art, customs and even allow us to display care related phenomena. This paper attempts to locate and identify world coins with images related to the practice of breastfeeding minted from 1900 to 2013 and its subsequent analysis us-

ing iconographic methodology. The currencies behave like an interesting and original source of study, yet to be discovered in its entirety, for the construction of the History of the Care and Nursing.

Keywords: Iconography, Breastfeeding, Care history, Numismatics.

RESUMEN

La Numismática es la afición y el arte de coleccionar monedas y billetes de distintas épocas y culturas. Los motivos acuñados en las distintas monedas nos permiten conocer hechos históricos, imperios, monarcas, evolución del arte, de las costumbres e incluso nos permiten visualizar fenómenos relacionados con el cuidado. El presente trabajo trata de localizar e identificar monedas mundiales con imágenes relacionadas con la práctica de la lactancia materna acuñadas desde el año 1900 al 2013 y su posterior análisis aplicando la metodología iconográfica. Las monedas se comportan como una interesante y original fuente de estudio, aún por descubrir en su totalidad, para la construcción de la Historia de los Cuidados y de la Enfermería.

Palabras claves: Iconografía, Lactancia materna, Historia de los Cuidados, Numismática.

RESUMO

Numismática é o hobby e arte de coleccionar moedas e notas de diferentes épocas e culturas. As razões cunhadas em moedas nos permitem saber fatos históricos, impérios, monarcas, evolução da arte, costumes e até mesmo nos permitem ver fenômenos relacionados aos cuidados. Este trabalho tenta localizar e identificar moedas do mundo com imagens relacionadas à prática do aleitamento materno cunhadas desde o ano de 1900 para 2013 e sua posterior análise, aplicando a metodologia iconográfica. As moedas se comportam como uma fonte interessante e original de estudo, ainda a ser descoberto em sua totalidade, para a construção da História dos cuidados e Enfermagem.

Palavras-chave: Iconografia, Aleitamento materno, História dos cuidados, Numismática.

INTRODUCCION

Según el diccionario de la lengua española (2012) una moneda es una pieza de un material resistente, de peso y composición uniforme, normalmente de metal, acuñado en forma de disco y con los distintivos elegidos por la autoridad emisora, que se emplea como medida de cambio por su valor legal o intrínseco y como unidad de cuenta.

La numismática o “el arte de coleccionar y estudiar las monedas” es conocida desde los tiempos del imperio romano. La numismática como ciencia comienza tímidamente en el siglo XIX. Esta ciencia puede dar testimonio inestimable de la realidad política, geográfica, cultural y social de cada época y de cada país. A través del tiempo las colecciones temáticas han ido adquiriendo importancia documental

y la numismática se ha configurado como una actividad educativa y transmisora de valores. Conocerlas y estudiarlas nos acerca la historia, nos permite estudiarla, apreciarla mucho más y en parte tocarla.

A lo largo de estos últimos años ha surgido un creciente interés por la iconografía, como instrumento para la investigación histórica de la profesión enfermera y de los fenómenos cuidadores. Autores como Santo Tomás (1996,1997) o Núñez del Castillo (2004,2008) sostienen que los signos iconográficos han de ser considerados como fuentes válidas para avanzar en el conocimiento histórico de la profesión. Siles (1999) en el mismo sentido, señala que cualquier tema, objeto o personaje relacionado con la enfermería en cualquiera de sus épocas y variantes puede ser estudiado iconográficamente. Para el profesor Siles (2011) el análisis iconográfico es una forma de análisis de contenido, que tiene identidad propia y que puede considerarse tanto como una fuente como un método de indudable valor para la historia de la enfermería.

En estas últimas dos décadas han sido elaborados trabajos de especial interés que utilizando la iconografía analizan aspectos concretos de las funciones de enfermería referidos a los cuidados y a la relación de ayuda (Núñez del Castillo 2004, 2008), o de una forma más específica la imagen de la enfermería y los cuidados a través del cine (Siles, 1994 y 2009), las emisiones filatélicas (Ballesteros, 2006; Guerra, 2008; Luna, Miralles, 2008), la pintura (Calvo, 1994), o los monumentos (Ávila, 2014, Casas y Miralles, 2001; Miralles y Duran, 2005). Por el contrario, la presencia de artículos que hagan referencia a la imagen de la enfermería o de los cuidados a través de las monedas es inexistente, laguna que pretende cubrir la elaboración del presente artículo.

La lactancia es un fenómeno biocultural de la humanidad, gracias al cual se transmiten amor, alimento, defensas, ternura, comunicación y sabiduría de generación en generación. Esa mezcla de sabiduría y cultura ha suscitado el interés de artistas lo que ha hecho que el tema de la lactancia se repita una y otra vez a lo largo de la historia del arte. En todas las épocas y culturas aparecen representaciones de mujeres amamantando a sus hijos. Estos iconos son una forma de rendir culto a la figura de madre y mujer, portadora y dadora de vida. Este fenómeno tampoco ha sido ajeno a la numismática. No podemos olvidar la enorme cantidad de monedas que se acuñaron ya en época del imperio romano con la representación de la loba amamantando a los fundadores mitológicos de Roma, ni las monedas en la que se representaba a la diosa Isis amamantando a Horus o a reyes y faraones, prueba de que en el antiguo Egipto la lactancia estaba muy bien considerada.

OBJETIVOS

- Catalogar y describir las monedas contemporáneas más representativas con motivos relacionadas con la práctica de la lactancia materna emitidas desde 1900 hasta el año 2013.

- Mostrar como la numismática se erige en una original y alternativa fuente de información para el estudio y construcción de la historia de los cuidados y de la enfermería.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio descriptivo, de observación documental, se analizaron catálogos de monedas contemporáneas, principalmente el catálogo Krause World-Coins y el catalogo Colnect. Éste último es un sitio web que contiene catálogos de artículos coleccionables el cual permite a sus usuarios agregar

ítems y/o editar los mismos. Se completó la búsqueda a través de búsqueda intuitiva en Google. Se realizó así mismo, una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, pero los artículos encontrados fueron nulos.

Criterios de inclusión: monedas de curso legal y monedas en prueba de cualquier país en la que aparezcan la imagen de una mujer amamantando, emitidas desde el año 1900 al 2013.

Criterios de exclusión. Monedas que representen a animales amamantando a sus crías o monedas que reflejen a madres con sus hijos en actitud maternal como la mirada, el porteo o el juego. Se excluyen de la búsqueda las monedas emitidas en fechas anteriores al año 1900.

Se encontraron un total de 13 monedas que cumplen con los criterios de inclusión. Se catalogan en base al año de emisión, país emisor, valor, metal, dimensiones y se realiza la descripción de las mismas aplicando la metodología iconográfica.

RESULTADOS

1. Año de Emisión: 1921

País: Estado de Sajonia (Alemania)

Valor: 20 Marcos

Material: Porcelana

Dimensiones: 32 mm



Esta moneda corresponde a una emisión del estado alemán de Sajonia, en la que se representa una bella madre amamantando a su hijo. La lactancia materna asegura la continuación de un vínculo único entre madre e hijo, tan importante en el desarrollo de la persona como el alimento mismo. Tiene la particularidad de ser de porcelana. Debido a la escasez y alto coste de los metales en la Alemania de la década de los años 20, circularon monedas de porcelana fina o gres marrón. Pese a que fueron monedas muy populares por su originalidad, variedad y belleza, la realidad se impuso y se dejaron de utilizar por su escasa resistencia física. Eran monedas que se dañaban, cuando no rompían, con demasiada frecuencia.

2. Año de Emisión: 1937

País: Italia
 Valor: 5 Liras
 Material: Plata
 Dimensiones: 23,5 mm



En esta moneda podemos ver a una madre sentada dando de mamar a dos de sus hijos acompañada de otros dos hijos a sus pies. Se trata de una representación alegórica de

la fecundidad, imagen que a veces se puede confundir como veremos más adelante con la alegoría de la caridad cristiana. En la antigua Roma la fecundidad solía ser representada con cetro y/o acompañada de uno o varios niños.

3. Año de Emisión: 1948

País: Ciudad del Vaticano
 Valor: 10 Liras
 Material: Aluminio
 Dimensiones: 29 mm



Representación de la alegoría de la caridad cristiana, en la figura de una mujer lactante que da el pecho a hijos de otras madres y de distintas edades. Al pie de la moneda podemos leer dividida la palabra latina “Caritas”. La alegoría de la caridad es un tema habitual en el iconografía cristiana, interpretado como un ejemplo de cómo la Iglesia da su alimento espiritual a las almas hambrientas con un alimento espiritual que sólo darían los sacramentos.

4. Año de Emisión: 1963

País: Ciudad del Vaticano
 Valor: 20 Liras
 Material: Bronce
 Dimensiones: 21,3 mm



Moneda del pontificado del papa Pablo VI que representa nuevamente la alegoría de la caridad cristiana. Esta moneda repite la tradicional iconografía de esta virtud teologal, mujer sentada amamantando y con niños de distintas edades que la acompañan en su regazo. A los pies de la moneda aparece claramente la inscripción “Caritas”.

5. Año de Emisión: 1971

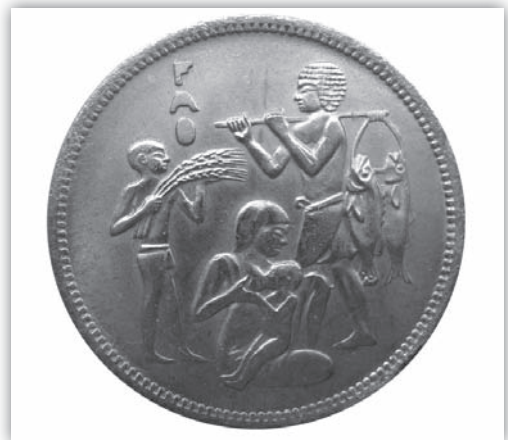
País: Polonia
 Valor: 10 Zlotych
 Material: níquel
 Dimensiones: 22 mm



Aunque se trate de una emisión en prueba, es decir, que no llegara a circular, ésta pieza sea quizás esta una de las que de una forma más bella represente la práctica de lactancia materna, por la simpleza de la imagen que contiene, la cabeza de un bebé tomando leche de una enorme mama con el fondo de un globo terráqueo. Nos transmite el mensaje de que la lactancia materna es un factor fundamental para resolver los problemas de hambre en el mundo. Esta moneda estaba destinada a ser una de las correspondientes a un plan numismático promovido por la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) que en el año 1966 invitó a los gobiernos miembros de la organización a que emitiesen monedas con alusiones a los problemas alimentarios. En la parte inferior se puede leer la frase latina “FIAT PANIS” cuyo significado es “Hágase el pan”, lema de la FAO.

6. Año de Emisión: 1975

País: Egipto
 Valor: 10 piastras
 Material: cobre-níquel
 Dimensiones: 27 mm



Se trata de otra moneda del plan numismático de la FAO, alusiva a la alimentación. Siguiendo la tradicional iconografía egipcia en la

que aparecen las figuras de perfil se reproduce una escena familiar en la que vemos a un padre portando peces, a un hijo con espigas de trigo mientras que la madre se dedica a amamantar al hijo pequeño. En la parte superior izquierda las siglas FAO.

7. Año de Emisión: 1976

País: Turquía

Valor: 5 liras

Material: Acero

Dimensiones: 32,7 mm



Nuevamente otra moneda del plan numismático de la FAO, donde se observa la particularidad de que la mujer amamanta a su hijo mientras lee un libro. En la parte inferior se lee el lema en idioma turco “Kadının süsü kültür ve erdem olmalıdır” que traducido significa “La cultura y la virtud deben adornar a una mujer”. A la derecha aparece la inscripción “F.A.O.”

8. Año de Emisión: 1979

País: Nuevas Hébridas (actual Vanuatu)

Valor: 500 francos

Material: cobre-níquel-aluminio

Dimensiones: 40 mm



El año 1979 fue elegido por la OMS-UNICEF como Año Internacional de la Infancia. La moneda es una emisión en prueba y conmemorativa para dicho evento de Vanuatu, pequeño país del continente oceánico. Se acuñaron una cantidad muy pequeña de esta moneda, tan sólo 60 unidades. Para velar por la salud de los niños se promueve la lactancia representada como una mujer aborigen amamantando a su hijo. Se puede leer el lema Año de la Infancia, en idioma francés e inglés.

9. Año de Emisión: 1979

País: Egipto

Valor: 1 libra

Material: plata

Dimensiones: 30 mm



Emisión de Egipto del año 1979 destinada a conmemorar el Año Internacional de la Infancia. A la derecha de la moneda observamos una serie de alimentos (pez, dátil, racimo de uvas,...) y en el centro el primero de los alimentos la leche materna, que aparece representada por la imagen de la diosa Isis amamantando a su hijo Horus. El culto a Isis “Diosa Madre”, se extendió por el mundo romano hasta el siglo VI d.C. La imagen de Isis amamantando a Horus acabó asimilada por el cristianismo en la forma de María como Virgen lactante. En la moneda podemos observar el logotipo de Unicef, las siglas IYC (Internacional Year Child, Año internacional de la Infancia en idioma inglés). En la parte inferior de la moneda aparece las siglas de la F.A.O, al tratarse además de una nueva emisión del plan numismático F.A.O de este país. A la izquierda de la diosa, en árabe se inscribe el lema “Alimentación y Salud”.

10. Año de Emisión: 1982

País: Ciudad del Vaticano
 Valor: 50 liras
 Material: acero
 Dimensiones: 24,8 mm



El año 1982 el estado Vaticano dedicó su serie numismática a la familia. La moneda de

50 liras representa de una forma muy sencilla la imagen de una madre amamantando a su hijo. La lactancia crea un vínculo de maravillosas posibilidades entre madre e hijo, una relación de amor, de enriquecimiento mutuo, porque es un canal de diálogo entre ambos.

11. Año de Emisión: 1982

País: Ciudad del Vaticano
 Valor: 100 liras
 Material: acero
 Dimensiones: 28 mm



Dentro de la misma serie numismática del vaticano del año 1982 a la que nos referíamos anteriormente se acuñó esta moneda de 100 liras en la que junto a la madre amamantando a su hijo aparece la figura del padre. Tradicionalmente la crianza ha sido principalmente competencia de las madres, mientras que los padres se encargaban de abastecer de alimentos a la familia. Esta moneda da una pincelada sobre el importante papel del padre en la lactancia materna, alejando los caducos estereotipos que lo sitúan fuera de todo lo relacionado con ella. Muestra el muy importante espacio que debe ocupar el padre como soporte junto a la madre y el lactante. El ser padre-soporte es algo que los padres no deberían dejar pasar y

es una experiencia muy enriquecedora y placentera tanto a nivel individual, para todos sus miembros, como a nivel familiar.

12. Año de Emisión: 1985

País: Polonia

Valor: 100 zlotych

Material: acero niquelado

Dimensiones: 29,5 mm



Moneda que conmemora el centenario de un hospital de mujeres polaco. En la imagen podemos ver representada una maternidad, obra del artista polaco Stanislaw Wyspiansky (1869-1907) pintada al pastel en 1902 que representa a la mujer e hija del artista. Esta obra se ha representado también en sellos polacos de los años 1959 y 1969. Alrededor de la imagen puede leerse “Centrum zdrowia matki polki”, traducido al español “Centro de salud madre polaca” y “Pomnik szpital”, traducido al español “Monumento Hospital”.

13. Año de Emisión: 1992

País: Ciudad del Vaticano

Valor: 200 liras

Material: Aluminio-bronce

Dimensiones: 24 mm



Moneda conmemorativa del 14º año de pontificado de Juan Pablo II. Se eligió la figura de una mujer africana amamantando a su hijo en alusión a su viaje a países africanos en el año 1992.

CONCLUSIONES

Hay que esperar hasta el año 1921 en el estado alemán de Sajonia para encontrar la primera moneda contemporánea con una imagen donde es posible visualizar la práctica de la lactancia materna. Desde entonces hasta nuestros días tan sólo se han acuñado 13 monedas alusivas a esta práctica, de 7 países diferentes. Entre los países más prolíficos destacan Ciudad del Vaticano, Egipto y Polonia. En esta pequeña colección temática podemos encontrar monedas en prueba que nunca llegaron a circular, monedas circulantes de escaso valor nominal, ejemplares conmemorativos de alto valor facial y una gran diversidad de metales y tamaños. El motivo de representar en una moneda a una madre lactante apenas obedece en ocasiones a un reconocimiento expreso al fomento de dicha práctica, sino más bien han sido utilizadas para representar o simbolizar motivos tan variados como la virtud cristiana de la caridad o la fecundidad,

para aludir a los problemas alimentarios en el mundo, o como motivo para conmemorar un evento concreto, como por ejemplo el año internacional de la infancia o el centenario de un hospital maternal. A pesar de esta falta de reconocimiento formal, debido a la importancia difusora y propagandística de las monedas, a su uso común en la vida cotidiana y a ser valiosas entre la población, la aparición de la escena de una mujer lactante en ellas sirve para promocionar aunque sea de una forma indirecta la práctica de lactancia materna.

Las monedas se comportan como una interesante y original fuente alternativa de estudio, aún por descubrir en su totalidad, para la construcción de la Historia de los Cuidados y de la Enfermería. Se hace por tanto necesario continuar identificando, describiendo y contextualizando fenómenos cuidadores en las emisiones numismáticas,

BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Olivares, J.A. (2014). Los signos iconográficos del reconocimiento público de la enfermería en España: su importancia y significación. *Cultura de los cuidados* (Edición digital), 18, 38. Disponible en <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid2014.3812>> consultado el 20 de agosto de 2014
- Ballesteros Álvaro, A.M. (2006). La Enfermería española y su historia en la filatelia. *Temperamentum*,4, Disponible en <http://indexf.com/temperamentum/tn4/t6245.php>> consultado el 14 de agosto de 20014.
- Calvo Calvo, M.A. (1994). Análisis iconográfico de la pintura de Lucas Valdés "Asistencia a los sacerdotes en la enfermería". *Híades*, 10, 403-412.
- Casas, M. F. y Miralles, M.T. (2001). Monumento a las enfermeras de la Cruz roja de Astorga. *Enfermería clínica*, (4), 161-165
- RAEL (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (DRAEL) (22.ª edición), Real Academia Española, Madrid: Espasa.
- Guerra González, J.E. (2008). Historia de la enfermería. Reflejo de la Filatelia. *Híades*, 10, 782-803.
- Luna Gálvez, S. (2004). La Enfermería en la filatelia. *Ha-des*,9, 465-499.
- Miralles Sangro, M. T. (2008). *La Enfermería a través de los sellos*. Madrid: Ediciones DAE.
- Miralles, M.T. y Duran, M. (2005). La enfermera en el monumento madrileño (1908-1936). *Index de Enfermería*,51, 65-69.
- Núñez del Castillo, M. y Siles González, J. (2004). Evolución de los cuidados enfermeros. Análisis iconográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson. *Cultura de los cuidados*, 8(15), 17-25.
- Núñez del Castillo, M., Siles González, J., Jurado Moyano, I. (2008). Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica. *Cultura de los Cuidados*, 12 (23): 27-34.
- Santo Tomás, M. et al. (1996). Iconografía y enfermería: un instrumento para la investigación histórica. *Index de enfermería*, (16-17), 87-88.
- Santo Tomás M. et al. (1997). Iconografía y Enfermería.. Un instrumento para la investigación histórica. *Index de Enfermería*,19, 13-16.
- Siles González, J. et al. (1994 b) La enfermería a través del cine: un estudio histórico y transcultural. *Híades*, 10, 761-780.
- Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguacilara, 75-76.
- Siles González, J. (2009). Origen de la Enfermería en el cine: El género histórico-documental y bibliográfico. *Cuaderns de Cine*,4, 57-69.
- Siles González, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería (DAE, SL), 95.

El laboratorio de investigación en la historia de la enfermería como productor de conocimiento y su contribución a la historia de la enfermería brasileña

The research lab in the history of nursing (Laphe) as producer knowledge and its contribution to the history of Brazilian Nursing

O laboratória de pesquisa em história da enfermagem (Laphe) como produtor de conhecimento e sua contribuição para a história da enfermagem brasileira

Vanessa Costa Cavalcanti¹ y Almerinda Moreira²

¹Graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, aluna do curso de pós-graduação em nível de especialização, sob a forma de treinamento de serviço para enfermeiros, nos moldes de residência em enfermagem clínica cirúrgica na UNIRIO, integrante do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem.

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Professora Associada e Diretora da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO, pesquisadora e membro fundador do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem

Cómo citar este artículo en edición digital: Cavalcanti, V.C. y Moreira, A. (2015). El laboratorio de investigación en la historia de la enfermería como productor de conocimiento y su contribución a la historia de la enfermería brasileña. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.11>

Correspondencia: grupo de Pesquisa no CNPq; Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem – LAPHE. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rua Dr. Xavier Sigaud, 290 - Urca - Rio de Janeiro - RJ - 22.290-180

Correo electrónico: enfavanessacavalcanti@gmail.com.

Recibido: 12/10//2014; Aceptado: 10/003/2015



ABSTRACT

Study of historical nature that deals with the scientific production of 2008 to the first half of 2014 of the Laboratory for Research on the History of Nursing- Laphe. This research group was created on September 26, 2000, in the Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of the State of Rio de Janeiro and is

registered at the National Center for Scientific and Technological Development. It was found that the group brings together researchers from the History of Nursing. According to the data analyzed in the period studied, there was a large academic production, thus contributing to the History of Nursing at both national and international level.

Keywords: History of Nursing, Laboratory of Research on the History of nursing, Scientific Production.

RESUMEN

Estudio de carácter histórico que se ocupa de la producción científica de 2008 hasta el primer semestre de 2014 de el Laboratorio de Investigación sobre la Historia de la Enfermería - Laphe. Este grupo de investigación se creó

en la Escuela de Enfermaria Alfredo Pinto, de la Universida Federal del Estado de Rio de Janeiro en 26 de septiembre de 2000, y es inscrita en el Centro Nacional de Desarrollo Cientifico y Tecnológico. Se encontro que el grupo esta formado por investigadores de la Historia de la Enfermaria. De acuerdo con los datos analizados en el periodo estudiado, hubo una gran produccion academica, contribuyendo asi a la Historia de la Enfermaria a nivel tanto nacional como internacional.

Palabras claves: Enfermaria, Historia de la Enfermaria, Laboratorio de Investigacion sobre la Historia de la Enfermaria, Produccion Cientifica

RESUMO

Estudo de natureza histórica que versa sobre a produção científica de 2008 ao primeiro semestre de 2014 do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem - Laphe. Este grupo de Pesquisa foi criado em 26 de setembro de 2000, na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e é cadastrado no Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Constatou-se que o grupo congrega pesquisadores da História da Enfermagem. De acordo com os dados analisados no período estudado, observou-se uma grande produção acadêmica, contribuindo assim para a História da Enfermagem tanto a nível nacional quanto internacional.

Palavras-chave: Enfermagem, História da Enfermagem, Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem, Produção Científica.

INTRODUÇÃO

O Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem - LAPHE, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP da Universidade

Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, criado no ano de 2000, e é um Grupo de Pesquisa cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tendo como líder do grupo o pesquisador Dr. Osniir Claudiano da Silva Junior, do Departamento de Enfermagem Fundamental, na época o único doutor do grupo. Com o imprescindível apoio dos professores Wellington Mendonça de Amorim do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Fernando Porto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Almerinda Moreira do Departamento de Enfermagem Médico - Cirúrgica em conjunto fundaram em 26 de setembro de 2000, durante as comemorações dos 110 anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto-EEAP, o referido laboratório.

Iniciado com apenas dois bolsistas de Iniciação Científica do Curso de Graduação em Enfermagem, hoje com reuniões semanais, conta com vários doutores, doutorandos, mestres, mestrandos, alunos de graduação da nossa escola, assim como, de várias outras renomadas instituições de ensino e pesquisa de nosso país, tais como: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, Escola de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O grupo congrega pesquisadores e dedica-se ao desenvolvimento da Pesquisa em História da Enfermagem; além de buscar, preservar e recuperar documentos de interesse para a História da Enfermagem, facilitar o acesso ao acervo documental da EEAP e manter intercâmbio com pesquisadores e entidades ligadas à pesquisa em História da Enfermagem em níveis nacional e internacional.

O principal objetivo do Laphe é o desenvolvimento da pesquisa e ensino para a História da Enfermagem no Brasil. Além disso, o grupo vem trabalhando nas frentes de pesquisa, ensino e extensão universitárias com pesquisadores em vários níveis de formação e experiências. Com o Arquivo Central da UNIRIO, desenvolvem-se ações de recuperação, conservação e disponibilização do acervo documental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, aproximadamente 120 metros lineares de documentos textuais e cerca de 1000 fotografias.

Os estudos e pesquisas são sustentados basicamente pela exploração deste acervo. O produto das pesquisas subsidiam as disciplinas de História da Enfermagem na Graduação e pós-graduação em Enfermagem. A partir de 2003 realizam-se os Encontros dos Professores e Pesquisadores de História da Enfermagem e as Mostras da Produção Científica de História da Enfermagem do Rio de Janeiro, com a presença de pesquisadores e demais interessados na História da Enfermagem e da EEAP, em particular. A produção científica vem sendo divulgada em eventos nacionais e internacionais e publicações, preferencialmente indexadas e livros.

A estratégia laboratorial utilizada para a produção de conhecimento na área de História da Enfermagem pelo LAPHE, nos anos de 2008 a 2012, foi o objeto desta pesquisa.

JUSTIFICATIVA

A justificativa desta pesquisa é sustentada pelo conjunto de diversos trabalhos de pesquisa, fruto de projetos institucionais, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de final de curso como monografias de especialização e graduação em enfermagem e trabalhos de Iniciação Científica (IC) e ainda

no Programa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), desenvolvido por pesquisadores ligados ao Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO e como esses trabalhos são ricos em informação. Com isso, foi desenvolvida essa pesquisa, visando fornecer um panorama da produção do Laphe durante os seis anos e meio estudados, podendo com isso constatar a contribuição deste laboratório da EEAP com a História da Enfermagem.

OBJETIVOS

Para operacionalizar esse estudo foram traçados os seguintes objetivos:

- Caracterizar a produção intelectual do LAPHE.
- Discutir as contribuições das estratégias laborais na pesquisa de História da Enfermagem.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória documental de natureza histórica, baseada na análise da produção do LAPHE, cujo recorte temporal abrange período de 2008, quando o livro de atas apresenta-se mais detalhadamente descritos os projetos desenvolvidos no grupo, ao primeiro semestre do ano de 2014.

Segundo Silva Júnior (2011):

“A produção de um documento atende a uma necessidade administrativa, de uma organização, como um memorando, uma ordem de serviço, uma escala de atividades, o planejamento para um período de tempo, ou a necessidades individuais, como o planejamento de um dia numa agenda, uma lista de compras ou ainda suas necessidades afetivas como numa carta.

Ou seja, estes registros foram produzidos com um fim específico e seguem seu destino. Contudo, uma vez preservados adquirem outro valor além da funcionalidade ou provas originais. Tornam-se documentos quando recolhidos num arquivo pessoal. O acesso a estes documentos e sua utilização para a pesquisa histórica altera o status dos registros para fontes históricas”.

A reflexão histórica é parte relevante de uma construção intelectual e da consolidação do campo profissional e científico, conforme palavras do Professor Dr. Osniir Claudiano da Silva Junior, durante o IV Encontro de Professores e Pesquisadores de História da Enfermagem, promovido pelo LAPHE, em 2006, realizado durante a comemoração dos 116 anos da EEAP.

Segundo Moreira, Porto, Silva Junior e Amorim (2008):

“A história da enfermagem vem trilhando uma trajetória de persistência no conjunto de atividades consideradas fundamentais à formação do enfermeiro no Brasil. Ademais, reconhecemos a história da enfermagem como um instrumento de construção da memória coletiva da profissão, e um dos pilares importantes ao reconhecimento da permanência e das transformações da enfermagem na sociedade brasileira”.

Locais de Pesquisa

Os locais pesquisados foram a Biblioteca Setorial da Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, a Sala Professora Almerinda Moreira, local onde funciona o LAPHE, a secretaria dos Programas de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da UNIRIO – PPGENF e do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem e Biociências - PPGENBIO, o Núcleo de Pes-

quisa de História da Enfermagem Brasileira - NUPHEBRAS da EEAN/UFRRJ, o Laboratório de Estudos em História da Enfermagem - LAESHE da EERP/USP; Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem EEUSP. Grupos esses onde foram desenvolvidos pesquisas pelos pesquisadores do LAPHE.

Fontes de Pesquisa

As fontes utilizadas no estudo foram as produções do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem - LAPHE da EEAP, da UNIRIO, publicações do LAPHE, pesquisada nas bases de dados (SciELO, Lilacs, BVS, Index), livro de frequência e atas das reuniões.

Bibliografia de apoio foram as Revistas Científicas de Enfermagem, dissertações, teses e literatura que se aproxime do objeto de estudo.

A validação dos resultados ocorreu através da apresentação dos resultados parciais durante as reuniões semanais, com os pares de pesquisadores da História da Enfermagem, no Seminário Permanente, do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem - LAPHE da EEAP, da UNIRIO; apresentação em eventos científicos e pareceres emitidos a partir da submissão aos periódicos científicos.

Análise dos Dados

Para a análise de dados, inicialmente os resumos foram submetidos a uma matriz de análise, que é um instrumento que facilita a visualização dos resultados da pesquisa, onde foram coletadas informações relativas ao: Nome do projeto, autor, ano que foi apresentado, publicação em periódicos e o orientador do projeto.

A pesquisa foi realizada de acordo com o Currículo Lattes, na base do CNPq, dos pesquisadores que constam nos livros de atas.

Foram selecionados os Artigos Completos publicados em periódicos, os temas apresentados no Laphe e os temas de conclusão de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado, produzidos no grupo ou com participação dos pesquisadores e estudantes.

A participação em eventos também foi analisada de acordo com o Currículo Lattes dos pesquisadores, e com os Resumos Expandidos publicados em Anais de Eventos.

RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Linhas e Projetos de Pesquisa

Ao longo desses anos, foram desenvolvidas diversas pesquisas no Laphe, todas dentro da seguinte linha de pesquisa:

1. Desenvolvimento da Enfermagem Brasileira – que se propõe ao estudo e pesquisas sobre História da enfermagem, utilizando-se da interlocução com os conhecimentos das ciências humanas. Processo de profissionalização da enfermagem brasileira. Com estudos comparados sobre o processo de construção da enfermagem com os de outros países. Gênero na profissionalização da enfermagem, nas práticas e saberes das instituições de educação e saúde.

Porém os pesquisadores do Laphe criaram outros grupos e linhas, como as apresentada a seguir:

1. As políticas de saúde no contexto histórico social e suas implicações para a enfermagem de saúde pública no Brasil - Possibilitar por meio da produção do conhecimento e da interlocução com as ciências humanas e sociais uma discussão sobre as políticas de saúde e suas repercussões na trajetória da enfermagem de saúde pública no Brasil; Discutir os modos e as formas de produção

e incorporação de tecnologias nas diversas configurações de enfermagem de saúde pública no Brasil; Analisar a partir das circunstâncias históricas e sociais a construção do saber da enfermagem de saúde pública no Brasil.

2. Bases Fundamentais, Culturais, Ambientais e Históricas do Cuidado - Concentra objetos de investigação de ordem macrossocial, destacada as questões sociais, ambientais e históricas. Centra-se em questões que envolvem políticas de saúde, ambiente e acultura dos sujeitos envolvidos no cuidado; trata o ambiente como elemento restaurador da saúde; discute o processo histórico da profissionalização do CUIDADO de enfermagem no Brasil e de estudos de História da Enfermagem e Biociências, utilizando-se da interlocução com conhecimentos das ciências humanas, sociais e biológicas, particularmente, com a História. Compara o processo de construção da Enfermagem Brasileira com as de outros países; discute os modos e as formas de produção e incorporação de tecnologias nas diversas configurações da Enfermagem no Brasil; Proporciona discussões sobre a profissionalização da Enfermagem nas práticas e saberes das instituições de educação e saúde.

Dentro dessas linhas de pesquisa, foram desenvolvidos os seguintes projetos de pesquisa:

1. De enfermeira a visitadora social - Pesquisa histórico-social sobre a especialização de enfermeiras através de curso na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto 1927-1943. Situação: Concluído.

2. Os primórdios da profissionalização da enfermagem no Brasil: formação e mercado de trabalho. 1888-1921 - Estudo histórico-social das mudanças ocorridas na enfermagem brasileira desde a libertação dos escravos, enquanto marco para ampliação do trabalho livre, e a reforma da primeira escola de enfermagem do Brasil em 1921. Os objetivos do estudo são: Identificar as circunstâncias de criação da EPEE e a estrutura da saúde no Estado brasileiro; analisar os elementos do processo de profissionalização da enfermagem, no período indicado e discutir o impacto da abertura da EPEE na profissionalização da enfermagem na capital da república. O conceito de profissão de N Elias e os estudos sobre o tema de Eliot Freidson são os pilares de interpretação dos dados. Os documentos do Arquivo Setorial da EEAP são as principais fontes da pesquisa. Situação: Concluído.
3. O acervo documental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto: 1890-1921 -Projeto de Pesquisa institucional. Situação: Concluído.
4. História do Cuidado nos aspectos micro e macromoleculares: prática, saberes e instituições - Estuda a trajetória do cuidado prestado ao ser humano por meio das práticas, saberes e instituições, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos. Tem como objetivo geral: Investigar a trajetória do cuidado prestado ao ser humano por meio das práticas, saberes e instituições, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos. O interesse para a realização deste projeto encontra-se na motivação pela necessidade de atender as demandas da iniciação científica, da pós-graduação stricto sensu mestrado e doutorado em enfermagem, objetivadas no âmbito da linha de pesquisa Bases Fundamentais, Culturais Ambientais e Históricas do Cuidado. Método e técnica: A pesquisa será embasada nas perspectivas da história social, micro história, história dos conceitos, nova história cultural, e dos estudos biográficos. As fontes a serem utilizadas no estudo são documentos escritos do tipo manuais, revistas, livros, relatórios, leis e decretos, manuscritos pessoais, iconografias e fac-símiles, utensílios e equipamentos utilizado na prática do cuidado. Tais fontes são consideradas com base fundamentais da História Nova divulgada nos estudos de Jacques Le Goff. As delimitações temporais, geográficas, documentais e objetais devem ser mais definidas nos subprojetos que integram esta investigação, considerando ato, fato e circunstâncias históricas. Situação: Em andamento.
5. Imagem pública da Enfermeira Brasileira, 1916-1931- Estudo histórico-social tendo por objeto de pesquisa o mecanismo de construção da imagem pública da enfermeira brasileira veiculada na imprensa ilustrada no distrito federal, delimitado nos anos 1916 e 1931. A metodologia conta com fontes primárias de documentos escritos e iconográficos, e as secundárias referentes aos estudos de aproximação com o objeto de estudo. A busca das fontes ocorrerá em bibliotecas e acervos situados no Rio de Janeiro e os resultados serão interpretados à luz das noções de Pierre Bourdieu. Situação: Em andamento.

6. Os Dirigentes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - Projeto desenvolvido com a colaboração de um Professor Mestre e dois bolsistas de Iniciação Científica/ UNIRIO, e está vinculado ao Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem LAPHE e a Linha de Pesquisa Desenvolvimento da Enfermagem Brasileira do Programa de Pós-graduação Mestrado em enfermagem da EEAP UNIRIO. Situação: Em andamento.
7. Registros noticiosos da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras veiculados no Jornal do Commercio de 1890 a 1920 – Projeto trata da busca de notícias veiculadas no Jornal do Commercio, mídia escrita sobre a primeira escola de Enfermagem do país, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, com vistas a dar visibilidade e completar lacunas na historia da Escola e da Enfermagem brasileira. Situação: Concluído.
8. Influência das Políticas de Saúde na configuração da Enfermagem de Saúde Pública no Brasil no século XX: Demandas e Tendências - A pesquisa tem como objeto as configurações da enfermagem de saúde pública decorrentes das políticas de saúde no Brasil nos diversos contextos histórico-sociais do século XX. Objetivos Gerais: Investigar as circunstâncias apresentadas à enfermagem de saúde pública em sua luta simbólica para consolidar-se como saber e como prática, no Brasil, no transcorrer do século XX; e discutir os avanços e os limites impostos pelas políticas de educação e saúde para o desenvolvimento da enfermagem de saúde pública, no diversos contextos históricos e sociais, no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de natureza histórico-social, para o desenvolvimento deste estudo será utilizada a análise documental. Situação: Concluído.
9. A reconfiguração da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no meado do século XX - Investiga os desdobramentos da reconfiguração do espaço social da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto durante a gestão da primeira enfermeira na direção desta Escola (1943-1956). Trata-se de uma pesquisa de natureza histórico-social, para o desenvolvimento deste estudo será utilizada a análise documental. Adota-se o pensamento sociológico de Pierre Bourdieu, que nos respalda teoricamente para, não só, visualizar a reconfiguração da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto como um espaço social, como também para analisar objetivamente o habitus e as relações de poder que se desenvolveram entre os agentes psiquiatras, as enfermeiras diplomadas e os alunos e alunas da Escola no campo da educação e saúde. Situação: Concluído.

Pelos dados expostos, pode se observar que dentre desses anos houve três linhas de pesquisa desenvolvidas. Nessas linhas houve nove projetos de pesquisa desenvolvidos no Laphe, sendo estes Trabalhos de Conclusão de Curso, Monografias dos cursos de especialização, Dissertação de Mestrado e Tese de Doutorado, os quais cinco estão concluídos, enquanto quatro prosseguem em andamento e a cada ano novas pesquisas são desenvolvidas.

Análise das publicações

Pela matriz de análise pode-se perceber que no ano de 2010 dos trabalhos apresentados no Seminário Permanente do Laphe, houve um grande número de publicações em formato de artigo. Esse fato pode ser associada a comemoração dos 120 anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, onde aconteceu um maior estímulo a publicação, principalmente na Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, que dedicou um número especial aos trabalhos do evento, como se observa no Gráfico 1.

Nos outros anos estudados, houve um maior número de trabalhos apresentados no Seminário Permanente do Laphe, porém os artigos completos publicados em periódicos não foram sua maioria. Deve-se estimular mais os pesquisadores a publicarem seus trabalhos, principalmente para revistas de outras instituições, e então aumentar mais a notoriedade do grupo.

Disciplinas nos cursos de graduação e pós-graduação

Em relação ao ensino, há disciplinas obrigatórias e eletivas desenvolvidas pelos pesquisadores do Laphe, tanto no curso de graduação como na pós-graduação.

Mestrado e também como disciplinas optativas para o curso de graduação:

- Análise de fontes na pesquisa histórica pelos Professores Drs. Wellington Mendonça de Amorim, Fernando Porto, Almerinda Moreira e Professor Doutor Osniir Claudiano da Silva Jr.

- História e Profissionalização da Enfermagem no Brasil pelos Professores Drs. Wellington Mendonça de Amorim, Fernando Porto, Almerinda Moreira e Professor Doutor Osniir Claudiano da Silva Jr.

- Metodologia da Pesquisa pelo Professor Dr. Wellington Mendonça de Amorim.

Graduação:

- História da Enfermagem, disciplina obrigatória ministrada pelo Professor Dr. Osniir Claudiano da Silva Jr.

- Temas Emergentes em Enfermagem fundamental, disciplina eletiva ministrada pelos Professores Drs. Wellington Mendonça de Amorim, Fernando Porto, Almerinda Moreira e Professor Doutor Osniir Claudiano da Silva Jr.

- Identidade da Enfermagem em Saúde Pública no Brasil, disciplina eletiva, ministrada pelo Professor Dr. Wellington Mendonça de Amorim.

- História da Parturição, disciplina eletiva, ministrada pelo Professor Dr. Fernando Porto.

Participação em eventos.

A participação do grupo em eventos se faz através do incentivo à apresentação de trabalhos em congressos, seminários, jornadas.

No Quadro 1 tem detalhadamente os eventos que os pesquisadores do Laphe estiveram presente desde o ano de 2008 até o atual momento. Pode-se analisar que todos os anos há participação na Jornada de Iniciação Científica da UNIRIO, comprovando que todo ano há bolsistas de iniciação científica acrescentando o produto de suas pesquisas ao grupo.

Acervo Bibliográfico e Patrimônio

O acervo bibliográfico do Laboratório de História da Enfermagem é constituído de banco de textos. Os livros específicos de História da Enfermagem estão disponíveis na Biblioteca Setorial da Enfermagem.

Seu patrimônio é composto da sala 502 da própria escola, além de computadores, mesas, televisão, estante e livros tudo adquirido através de projetos dos docentes além de diversas relíquias.

Intercâmbio entre Grupos

O Laphe mantém estreito intercâmbio entre diversos grupos de pesquisa de História da Enfermagem como o Laboratório de Estudos em História da Enfermagem (LAE-SHE) da Escola de Enfermagem da USP em Ribeirão Preto, grupo que nasceu das reuniões do Laphe, Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem (NUPHEBRAS) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional de Enfermagem Anna Nery (MUNEAN) em Salvador.

Não se pode esquecer de citar a Academia Brasileira de História da Enfermagem - ABRA-DHENE, com sede em São Paulo, foi fundada em 13 de Agosto de 2010, com o apoio integral dos pesquisadores do Laphe que fazem parte até hoje, como membros de sua diretoria. Da mesma forma aconteceu com a Federação Ibero Americana de História da Enfermagem, com sede na Espanha. Os pesquisadores do Laphe participaram ativamente de sua criação e são membros da diretoria. Assim sendo, constata-se que o grupo impulsiona a História da Enfermagem nos diversos níveis local, nacional e internacional.

Além disso, há grupos de pesquisa que nasceram partindo das reuniões do LAPHE, como o LACENF e LACUIDEM na própria EEAP. Esses grupos surgiram pela necessidade de aprofundamento de novas metodologias.

CONCLUSÃO

O Laphe foi criado há quatorze anos, porém o estudo é sobre os últimos seis de existência e produção acadêmica. Durante esse período, diversos profissionais puderam participar de suas reuniões semanais.

Permanece sendo um grupo de estudo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que

mantém as reuniões semanalmente, congregando alunos e pesquisadores de diversos níveis de formação acadêmica e instituição.

Os resultados do estudo demonstram que há alunos que começaram como discentes no Laphe entraram no Mestrado mantendo a linha de pesquisa e então passaram para o doutorado comprovando o crescimento profissional e pessoal que o grupo desenvolve.

O número de artigos publicados a partir de pesquisas no Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem é notável. Sua maioria foi publicada na Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, revista online da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Conclui-se que o grupo necessita investir em publicações para outras revistas, para então aumentar sua notoriedade.

Pela análise dos dados, pode ser percebido que a contribuição do Laphe para a História da Enfermagem é notável. Muitos professores estiveram presentes nas reuniões contribuindo para o crescimento profissional do grupo. Assim como, grandes nomes da História da Enfermagem passaram pelo grupo.

Conclui-se que o Laboratório contribuiu para a História da Enfermagem, gerando novos grupos de estudos, participando dos diversos eventos na área, incentivando a pesquisa, publicando diversos artigos, incrementando o crescimento profissional dos que o frequentam. Além de ampliar o conhecimento produzido para além das fronteiras do Brasil.

REFERÊNCIAS

- Geovannini, T., Moreira, A., Schoeller, D. y Machado, W. (2010). História da Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro, Revinter.
- Moreira, A. y Oguisso, T. (2005). Profissionalização da Enfermagem Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Kooogan.5.

- Moreira, A., Porto, F., Silva Junior, O.C., Amorim, W. (2008). Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem – LAPHE: História, Memória & Relíquias..
- Oliveira, I.C.S., Lourenço, L.H.S.C. y Santos, T.C.F. (1997). Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem.
- Silva Junior, O.C. (2006). ANAIS do IV Encontro de Professores e Pesquisadores de História da Enfermagem e IV Mostra da Produção Científica de História da Enfermagem no Rio de Janeiro Resumos.
- Souza, G.F., Amorim, W. y Lopes, G.T. (2010). A Produção Científica em História da Enfermagem nas Jornadas de Iniciação Científica da UNIRIO (2002-2009). Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2(3),1017-1028.

2013	2012	2011	2010	2009	2008
65º Congresso Brasileiro de Enfermagem	3º Colóquio Latino Americano de História da Enfermagem	10º Encontro de Pesquisa em Educação da Região Sudeste- Pós graduação em Educação	12º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem	II Congresso Cientiarum Historia	11ª Jornada Nacional de História da Enfermagem
	Simpósio Nacional: o Cuidar em Saúde e Enfermagem	1º Seminário de Educação e Pesquisa em História da Enfermagem	II Encontro de História da Educação do Estado do Rio de Janeiro	15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem	7ª Jornada de Iniciação Científica da Unirio
12ª Jornada de Iniciação Científica da UNIRIO	10º Congresso Internacional da Rede Unida	14ª Jornada Nacional de História da Enfermagem	9ª Jornada de Iniciação Científica da UNIRIO	VI Semana Professora Glete de Alcântara	V Semana Professora Glete de Alcântara
	64º Congresso Brasileiro de Enfermagem	10ª Jornada de Iniciação Científica da UNIRIO	120 Anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto: História, formação, tecnologia e inovação na prática do cuidado de enfermagem	III Mostra Científica de História da Enfermagem	II Mostra Científica de História da Enfermagem
	3ª Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa	63º Congresso Brasileiro de Enfermagem	62º Congresso Brasileiro de Enfermagem	VI Seminário Nacional do Centro de Memória	VI Encontro de Professores e VI Mostra de Produção Científica de História da Enfermagem
	15ª Jornada Nacional de História da Enfermagem			Encontro Luso-Brasileiro de História da Ciência	I Colóquio de História da Enfermagem
				8ª Jornada de Iniciação Científica da UNIRIO	60º Congresso Brasileiro de Enfermagem

Quadro 1. Participação do Laphe em eventos do ano de 2008 ao primeiro semestre de 2014.

El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia

The concept of care throughout history O conceito de cuidados ao longo da história

Raquel Alba Martín

DUE Especialista en Salud Mental. USM Hospital Reina Sofía (Córdoba)

Cómo citar este artículo en edición digital: Alba Martín, R. (2015). El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.12>>

Correspondencia: Calle Hermano Bonifacio, 3. 14520-Fernán Núñez (Córdoba)

Correo electrónico: raquelalbamartin@satse.es

Recibido: 7/10/2014; Aceptado: 10/02/2015



Fuente: Presentación tomada de: www.slideshare.net/jaimaea182/erich-fromm-vida-teoria-obras.

ABSTRACT

Introduction: Etymologically care concept comes from the term “I’ll take care / curare.” The word care has different meanings in our language. The most immediate and popular works as a warning of impending danger; This is one of the words a child learns first and now, for the elderly, we use it as profusion throughout life.

Objectives: It is proposed to review the scientific literature to analyze the evolution of the concept of “Care” throughout history.

Methods: Systematic review in the following databases: Medline, Pubmed Scopus, CUIDEN, Google Scholar.

Results: Items with high relevance ranging from 1947 to 2012 were selected after analysis of 51 complete articles, we selected 13 articles and added 10 referential and intuitive search Google Scholar.

Conclusions: The term care affects all human life, mind and body. Thus, a healthy mind is the assumption of a good life. Several scientists and researchers have used this term in their studies from different perspectives but coinciding in its importance to humanity in general and in the field of health professionals, in particular.

Keywords: “Care”, “historical memory & nursing”, “culture”, “health sciences”.

RESUMO

Introdução: Etimologicamente cuidar conceito vem do termo “vai cuidar / curare”. A palavra cuidado tem significados diferentes em nossa língua. As obras mais imediatas e populares como um aviso do perigo iminente; Esta é uma das palavras que uma criança aprende primeiro e agora, para os idosos, podemos usá-lo como profusão ao longo da vida.

Objetivos: Propõe-se a uma revisão da literatura científica para analisar a evolução do conceito de “cuidado” ao longo da história. Métodos: Revisão sistemática nas bases de dados Medline, Pubmed Scopus, CUIDEN, o Google Scholar.

Principais resultados: itens com alta relevância que vão 1947-2012 foram selecionados após análise de 51 artigos completos, foram selecionados 13 e nós adicionamos 10 itens

de pesquisa referencial e intuitiva do Google Acadêmico.

Conclusões: A palavra cuidado afeta toda a vida humana, a mente eo corpo. Assim, uma mente saudável é o pressuposto de uma boa vida. Vários cientistas e pesquisadores têm usado esse termo em seus estudos a partir de diferentes perspectivas, mas coincidindo na sua importância para a humanidade em geral, e no campo de profissionais de saúde, em particular.

Palavras clave: Cuidado”, “memória histórica e de enfermagem”, “cultura”, “ciências da saúde”.

RESUMEN

Introducción: Etimológicamente el concepto de cuidado proviene del término “cuidare/curare”. La palabra cuidado tiene diversos significados en nuestra lengua. El más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente; Se trata de una de las palabras que aprende primero un niño y ya, de mayores, la usamos como profusión durante toda la vida.

Objetivos: Se plantea revisar la literatura científica para analizar la evolución del concepto de “Cuidado” a lo largo de la historia.

Metodología: Revisión sistemática en las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed Scopus, CUIDEN, Google Scholar.

Resultados principales: Se seleccionaron artículos con alto nivel de relevancia que abarcan desde el año 1947 al año 2012. Tras el análisis de 51 artículos completos, hemos seleccionado 13 y hemos añadido 10 artículos de búsqueda referencial e intuitiva en Google Scholar.

Conclusiones: La palabra cuidado afecta a toda la vida humana, a la mente y al cuerpo. Así, una mente sana es el supuesto de una buena vida. Diversos científicos e investigadores han

hecho uso de este término en sus estudios desde diferentes perspectivas pero coincidiendo en la importancia del mismo para la humanidad, en general y, en el campo de la salud y los profesionales, en particular.

Palabras clave: “Cuidado”; “memoria histórica y enfermería”; “cultura”; “ciencias de la salud”.

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente el concepto de cuidado proviene del término “cuidare/curare”¹. La palabra cuidado tiene diversos significados en nuestra lengua. El más inmediato y popular funciona como un aviso ante un peligro inminente. Se trata de una de las palabras que aprende primero un niño y ya, de mayores, la usamos como profusión durante toda la vida.

En un sentido más amplio y menos unido a la vida cotidiana, es el que se utiliza en el campo de la salud (Siles, 1997). Del profesional sanitario se exige que no sólo cuide sino que cure y, la cura o recuperación de la salud afecta a toda la vida humana, a la mente y al cuerpo.

METODOLOGÍA

Para significar el proceso de reflexión sobre el concepto de cuidado a lo largo de la historia, se realizó una Revisión Histórica Sistemática. En los estudios finalmente incluidos para la misma, se recogió información sobre distintos elementos: Nombre del autor o revista, año de publicación, país donde se recoge el estudio, Diseño (longitudinal, cualitativo, descriptivo) y sus principales conclusiones.

Estrategia de búsqueda

Las bases de datos consultadas han sido las siguientes: Medline, a través de Pubmed, Cuiden y Google Scholar. Los descriptores de

búsqueda utilizados en las bases de datos en inglés han sido: “Care”, “historical memory & nursing”, “culture”, “health sciences”.

Los descriptores de búsqueda utilizados en las bases de datos en castellano han sido:

Cuidado, memoria histórica & enfermería, cultura, ciencias de la salud.

Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron artículos con alto nivel de relevancia que abarcan desde el año 1947 al año 2012. La última búsqueda realizada fue el 17 de Diciembre de 2014. Se incluyeron los artículos que centaban o contenían el concepto de cuidado en ciencias de la salud y se excluyeron los referidos al cuidado en su acepción premio “aquellos no tuviesen base científica”. Tras la búsqueda protocolizada se identificaron un total de 51 artículos. Una vez realizada la lectura del título y resumen seleccionamos 38 artículos que cumplían con los criterios de inclusión. Tras el análisis del artículo completo hemos seleccionado 13 artículos y hemos añadido 10 artículos de búsqueda referencial e intuitiva en Google Scholar (Figura 1).

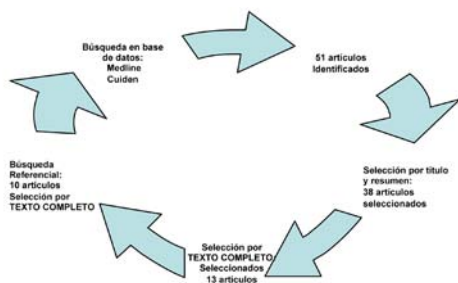


Figura 1: Diagrama de flujo: Estrategia de búsqueda.

DESARROLLO DEL TEMA

El término “cuidado” fue debatido por el filósofo Aristóteles, que hizo de la cura un concepto próximo a lo que entendemos por

delicadeza, receptividad, respeto por lo que nos rodea y atención a lo que somos en nuestra limitada humanidad. (López, 2010; Gracia, 2000). Existe una idea de cuidarse que va más allá de cualquier trivialidad que imaginemos: Es el caso de quien cuida de su peso o de causar buena impresión y, va más allá porque engloba la vida de los individuos en su totalidad.

Con la frase “sentido de la vida”, metafísicamente se quiere decir que deseamos comprendernos, valorarnos y orientar nuestro existir y, es que no hay cuidado más importante que el que tiene que ver con el sentido que le demos a nuestras acciones o, lo que es lo mismo, a si merece o no la pena vivir (Honneth, 1998).

Dar sentido, por nuestra propia supervivencia, por ejemplo dentro del conjunto de actividades que componen nuestra vida; Unas la hacen más feliz y otras nos generan sufrimiento. Algunas quedan fuera de nuestras capacidades, pero de otras somos, en principio, responsables.

Construimos así nuestra biografía y, en esa construcción sobresale la comprensión que tenemos de nosotros mismos; El cuidado, en suma, con el que nos tratamos. Dentro de dicho cuidado, habría que distinguir dos niveles, que aun íntimamente ligados, es preciso separar. Por un lado, el cuidado de nuestro cuerpo, y ahí destaca la salud, que empeñados mil veces en definirla (Schwartzmann, 2003), es el supuesto básico del buen vivir. Sin ella, se derrumba todo el edificio de cualquier persona. Ciertamente es que en algunas ocasiones no tenemos control en ello. Tal es el caso de una mutación genética que degenera en neoplasia. Un papel importante en el terreno de la salud lo constituye la dieta (diatia en griego). Armónicamente, comer y beber son esenciales en el cuidado de nuestra corporalidad. Decía Miguel de Cervantes, “el estómago es la fábrica

en donde se forja la salud del cuerpo” (Eisenberg, 1988).

Kant y Schopenhauer trataron de enseñarnos cómo debería ser un régimen de vida en el que no nos tratáramos por derecho, sino con derecho (Honneth, 1998).

El cuidado de las necesidades materiales es fundamental. En cuanto Homo Sapiens hemos de cuidar con mayor intensidad, si cabe, la vida intelectual. Varios neurólogos han afirmado que el cerebro se ha desarrollado para poder comer y, de esta manera, sobrevivir. Se trata de una verdad elemental que debe completarse recordando que el cerebro humano es un haz de posibilidades que va mucho más allá de lo que necesita la pura animalidad.

Tanto es así que no pocos sostienen (Koesler, 2003) que somos disfuncionales porque el neocórtex nos proyecta hasta el infinito, algo que queda bien lejos de nuestro poder. El pensamiento, independientemente de su relación con la acción es motivo de satisfacción. No olvidemos que, como escribía Herbert Marcuse (1964), “el requisito del animal racional consiste en hacer uso de la razón”.

Una mente sana es el supuesto de una buena vida. Todo lo cual implica ejercitarla, mantenerla en equilibrio y no colapsarla. Estamos, sin embargo acostumbrados a lo contrario y aun peor si cabe, a cuidar tan poco el cuerpo que repercute en nuestra mente.

La mente no flota en el aire ni es unitaria (Rojas, 1999). Todo comienza por los sentidos; nos hemos orientado demasiado por lo que se conoce como sentido noble, la vista, pero habría que desarrollar mucho más los demás. El olfato, por ejemplo, lo vamos perdiendo y dicha pérdida es una dificultad en nuestra capacidad de adaptación al mundo. La palabra sensibilidad se toma como una metáfora o como un desbordamiento de emociones: La

sensibilidad, como cuidado de uno mismo, tendría que consistir más bien en fundirnos con la naturaleza, con los demás y saborear lo que los sentidos nos entregan.

En relación al cerebro, la combinación entre la parte racional y emocional es decisiva. La disfunción habitual entre la racionalidad y los sentimientos es fuente de problemas y de dolor (Rojas, 1999). No es fácil la armonización pero, si desde la infancia se nos enseñara a pensar y a sentir al unísono, nuestra vida sería más feliz y estaría menos influenciada por el sufrimiento (Castellanos, 1997). Por otro lado, el cuidado de uno mismo no es completo sin el cuidado de los demás. (Forcada, 1998; Reca, García, 1989). El altruismo es constitutivo de los cuidados que hemos de procurarnos en todo lo que realizamos.¹¹

Es cierto que es un concepto que genera controversias, sin embargo, es falaz contra-argumentar que el altruismo se reduce a egoísmo. El altruismo humano, no estrictamente altruismo biológico, pertenece al reino de la cultura y ahí es donde es posible distinguir lo que se hace, de forma que sólo se tenga en cuenta el interés propio, y lo que se hace teniendo en cuenta a los otros (González, 1994).

Al mismo tiempo, hemos de cuidar de nuestra autonomía. Somos nosotros los que nos damos ley o, lo que es lo mismo, los que somos titulares de los cuerpos que poseemos. Combinar la autonomía, cuidando lo que es el destino, que nos ha tocado vivir en suerte, y la autonomía de los demás humanos es la meta ideal del cuidarse en sentido fuerte.

Erich Fromm (1955) habla del abrirse y del cerrarse. Si no nos abrimos, nos empobrecemos y si no nos cerramos, diluimos nuestro yo. Ese es el juego del cuidado. Somos uno entre muchos. La cuestión estriba en la satisfacción de necesidades al estar juntos y en gozar de

aquello que esté a nuestra disposición (Siles y Solano, 2007).

CONCLUSIONES

La palabra cuidado afecta a toda la vida humana, a la mente y al cuerpo. Así, una mente sana es el supuesto de una buena vida. Diversos autores e investigadores han hecho uso de este término en sus estudios desde diferentes perspectivas pero coincidiendo en la importancia del mismo para la humanidad, en general y, en el campo de la salud y los profesionales, en particular.

“El arte de curar es el de seguir el camino por el cual cura espontáneamente la naturaleza”. (Hipócrates)

BIBLIOGRAFÍA

- Amaya, P. (1996). Salud familiar. Rev Col La Fam, 8, 6-8.
- Castellanos, P. (1997). Determinantes sociales de la salud de las poblaciones. Documento de trabajo OPS-OMS .Washington: OPS,1-15.
- Christine, S. (1993). Family psychiatric nursing. Chicago: Mosby Year Book, 41-72.
- Eisenberg, D. (1988). Las «Semanas del jardín» de Miguel de Cervantes.Salamanca: Diputación de Salamanca,300-301.
- Forcada E. (1998). El factor humano en la salud. Buenos Aires: Editorial Proa XXI, 71-83.
- Fromm, E. (1992). The Sane Society. Barcelona: Paidós..
- González, F. (1994). Personalidad modo de vida y salud. La Habana: Ed.Félix Varela, 12-25.
- Gracia, D. (2000). Bioética y cuidado de la salud: Equidad, calidad. Disponible en: <http://www.salud.edomex.gob.mx>
- Hewison, J. (1997). Psychology, health and medicine. Cambridge: Handbook, 107-9.
- Honneth, A. (1998). Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento.Logos. Anales del Seminario de Metafísica. Consultado en: <http://www.revistas.ucm.es>.
- Horwitz, N. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. ICVIII, 2.
- Koestler, A. (2003). Orwell's friend and fellow campaigner against the drift towards totalitarianism. BBC Hulton Picture Library. Accesible en: mvc@orwell.ru
- López Farjeat, L.X. (2010). Diánoia. Consultado en: <http://www.salud.scielo.org.mx>
- Marcuse, H. (1955). Eros y civilización. Madrid: Ariel.
- Marcuse, H. (1972). El hombre unidimensional. Barcelona: Seix Barral.
- Reca, I. y García, M. (1989). Proposiciones teórico-metodológicas para investigaciones sobre el modo de vida familiar. Rev Cubana Cienc Soc,19,49-72.
- Rojas, L. (1999). Aprender a vivir. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. Enferm. 9(2), 9-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
- Siles, J. (1997). Epistemología y enfermería: Por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enf. Clínica, 4(7), 188-194.
- Siles, J. y Solano, C. (2007). El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto del tiempo en la historia de la enfermería. Cultura de los Cuidados, 11(21), 19-27.Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/270/539>
- The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL, 1995). Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med; XLI, 10(1), 403-9.
- Woods, S. (2001). Taller de Introducción al estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. 1ª. Reunión Latinoamericana de Calidad de Vida. Montevideo, Uruguay.

(I) Real Academia Española (RAE). Definición de cuidado: Curare (De or. caribe). Consultado el: 27/10/2014.

(II) OMS. Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, 1976(8):30-3. (Serie de Informes Técnicos).

Sustancia negra, resinosa y amarga, extraordinariamente tóxica, que se extrae de varias especies de plantas y que tiene la propiedad de paralizar las placas motoras de los nervios de los músculos.

Cambio en la noción de la locura. El Hospital de los Inocentes de Valencia

Change in the notion of madness. The Hospital of the Innocent of Valencia Mudança na noção da loucura. O Hospital dos Inocentes de Valencia

Alfonso Fernández Vázquez

¹Graduado universitario en enfermería por la Universidad de Salamanca

Cómo citar este artículo en edición digital: Fernández Vázquez, A. (2015). Cambio en la noción de la locura. *El Hospital de los Inocentes de Valencia. Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 41.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.13>

Correspondencia: Rúa París 21H 4ºD. 15707. Santiago de Compostela (A Coruña)

Correo electrónico: alfonso.fernandez.vazquez@rai.usc.es

Recibido: 17/11/2014; Aceptado: 13/02/2015



Imagen 1. *El padre Jofré defendiendo a un loco* (1887). Cuadro de Joaquín Sorolla.

ABSTRACT

The objective of the present article is to reveal the history of the Hospital of the Innocent of Valencia and its impact on the conception of madness. This study will describe which cares received the patients in this institution. The method employed has been the research and reading of numerous bibliographic sources. The conclusions of this study resaltan the importance of Gilabert Jofré like promoter of the foundation of the hospital. His speech produced a change in the deal of the patient of

mental health. The Hospital of Valencia supposed a sanitary revolution in psychiatric cares, including new treatments like the occupational therapy.

Keywords: Hospital of the Innocent of Valencia, madness, Gilabert Jofré, psychiatric cares.

RESUMO

O objetivo do presente artigo é revelar a história do Hospital dos Inocentes de Valencia e a sua repercussão na conceção da loucura. Além disso, descrever-se-á que cuidados recebiam os doentes nesta instituição. O método empregado foi a busca e leitura de numerosas fontes bibliográficas. As conclusões deste estudo ressaltam a importância de Gilabert Jofré como promotor da fundação do hospital. O seu discurso produziu uma mudança no trato do paciente de saúde mental. O Hospital de Valencia supôs uma revolução sanitária nos cuidados de psiquiatria, incluindo novos tratamentos como a terapia ocupacional.

Palavras-chave: Hospital dos Inocentes de Valencia, loucura, Gilabert Jofré, cuidados de psiquiatria.

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es revelar la historia del Hospital de los Inocentes de Valencia y su repercusión en la concepción de la locura. Además, se describirá qué cuidados recibían los enfermos en esta institución. El método empleado ha sido la búsqueda y lectura de numerosas fuentes bibliográficas. Las conclusiones de este estudio resaltan la importancia de Gilabert Jofré como promotor de la fundación del hospital. Su discurso produjo un cambio en el trato del paciente de salud mental. El Hospital de Valencia supuso una revolución sanitaria en los cuidados de psiquiatría, incluyendo nuevos tratamientos como la terapia ocupacional.

Palabras clave: Hospital de los Inocentes de Valencia, locura, Gilabert Jofré, cuidados de psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados psiquiátricos constituyen uno de los principales ámbitos de enfermería. Las técnicas de enfermería actuales se sustentan en fundamentos científicos y se alejan cada vez más de la metafísica y las tradiciones. Sin embargo, esta disciplina ha sufrido variaciones continuas a lo largo de la historia. Las aportaciones de distintos pioneros en esta esfera han permitido alcanzar la situación actual.

En Valencia tuvo lugar uno de los hitos más importantes en la evolución de los cuidados del demente. El Hospital d'Innocentes, Folcs i Orats es considerado el primer hospital psiquiátrico del mundo. No obstante, este título ha sido motivo de polémica. Otras instituciones aseguran ostentar dicho privilegio. En Londres, el Hospital de Bethlehem, fundado en 1247, reclama haber sido el sanatorio mental.

Comenzó a recibir a pacientes psiquiátricos en 1377 pero, a diferencia del Hospital de Inocentes de Valencia, no impartió tratamiento especializado para los enajenados hasta finales del siglo XV (Barrios, 2002). Un motivo similar sucede con el Maristán de Granada. Este edificio fue fundado en 1367 por Muhammad V (Almagro, 2003). No obstante, el grado de especialización de los cuidados fue inferior a los desarrollados en el Hospital de Inocentes de Valencia¹.

A lo largo del artículo se describirá a la sociedad valenciana de los siglos XIV y XV, la actitud de esta hacia los enfermos mentales, la figura del padre Jofré, la fundación del Hospital d'Innocentes, Folcs i Orats de Valencia, el funcionamiento interno de la institución y su repercusión.

LOS LOCOS EN LA SOCIEDAD DE LA EDAD MEDIA

Durante la Alta Edad Media, los locos eran considerados como individuos sabios y elegidos por Dios. Santo Tomás de Aquino reconoció que este colectivo despreciaba los bienes materiales y poseían un conocimiento divino. Se consideraba que estaban libres de apetencias carnales y se alejaban de la tentación del pecado. Sin embargo, surgió la concepción de que la locura podía ser un castigo divino por faltas y errores o una intervención diabólica (Ventosa, 1997). Esta idea se propagó por el mundo occidental, creando un rechazo hacia este colectivo.

Los locos asustaban a la población por su aspecto físico y su vestimenta. Solían vestir con harapos o incluso mostrar su desnudez. Su aseo era deficiente y presentaban magulladuras y heridas en su cuerpo. El daño irracional o

¹ El Hospital d'en Colom atendía a sacerdotes dementes desde 1375. Si bien su objetivo era el enfermo mental, su atención se reducía a un grupo muy concreto, por lo que no puede considerarse el primer manicomio del mundo.

las situaciones violentas que generaban también favorecían su exclusión social.

Durante la Edad Media siempre se vinculó al enfermo con el pobre, lo que incluía al loco. La atención a los pobres era una forma de manifestar la caridad cristiana, valor muy importante en aquella época. Era frecuente que la gente con riquezas diera limosnas a los pobres. Los monasterios y hospitales tenían una finalidad caritativa, otorgando cuidados y recursos a aquellos que los necesitaban. Albergaban a pobres, endemoniados, locos y debilitados. Debido al carácter dependiente de todos estos colectivos, eran tratados de la misma manera. Es por ello que en ocasiones los locos pasaran desapercibidos entre otros pobres que no presentaban patologías mentales. Algunos textos registran que se podía caer en la locura a través de la pobreza. Los pobres, al ser despojados de todo, caían en la tristeza, desesperación, pérdida de la autoestima y en la exclusión social, siendo éstos factores de riesgo de la locura. *El Libro de Miseria de Omne*, recoge un comentario a favor de esta postura:

“Quantas son las falsidades de cada un menester,

*Que vos las quisiés decir yo non avría poder,
ca codiçia e pobreza a muchos faze perder
su seso e su memoria e todo su bien saber
(Infantes, 1997).”*

A principios del siglo XIV, el número de pobres aumentó debido a las guerras y la expansión de las enfermedades en la península. La diferencia entre clases creció. Se produjo un aumento de la mendicidad y demanda de asistencia en hospitales y hospederías, sobrepasando la capacidad de éstos. En ese momento surge una distinción entre los pobres. La caridad y misericordia fue sustituida por la sospecha y el prejuicio. Se consideraba que existían

pobres verdaderos y, por otro lado, holgazanes que buscaban vivir de limosnas en lugar de los frutos de su trabajo. Estos últimos eran odiados y aborrecidos por el resto de la población. Por ello se rechaza a indigentes argumentando que recurrían a la mendicidad para no trabajar y, en vez de aceptar su suerte, buscaban las riquezas con afán. También eran sospechosos de hurtos y alteraciones del orden público. Sus conductas eran castigadas con azotes, golpes, trabajos a cambio de la comida y bebida del día, o incluso el destierro. En las calles, se producen ensañamientos con los pobres y locos, siendo objeto de mofa y agresiones.

GILABERT JOFRÉ Y SU PETICIÓN A FAVOR DE LOS LOCOS

Entre esta sociedad surge un hombre de vital importancia en la historia de la enfermería de salud mental. Joan Gilabert Jofré nació el 24 de junio de 1350 en Valencia. Estudió Derecho en Lérida, y en 1370 solicitó acceder en la Orden Mercedaria en el Monasterio de Santa María de El Puig. El padre Jofré abogaba por una institución que amparase a los enajenados. Fue un excelente orador y fundó instituciones para el cuidado de pobres y desamparados.

Los registros narran que durante el viernes 24 de febrero de 1409, el padre Jofré se encontró con una escena frecuente de en las calles valencianas. El pintor Joaquín Sorolla, representó este suceso en su cuadro *El padre Jofré protegiendo a un loco* (1883). En el trayecto hacia la catedral, donde el domingo siguiente daría un sermón, se encontró con un grupo de jóvenes que agredían y gritaban a un loco que, desde el suelo, trataba de defenderse. Ante esta situación, el fraile intervino, defendió al hombre y lo llevó a la residencia mercedaria. Allí, el hombre agredido recibió cobijo y pudo curar sus heridas.

El domingo, primero de Cuaresma, el padre Jofré dedicó gran parte de su discurso a la defensa de los dementes. Refiriéndose a la situación vivida dos días atrás, el fraile aseguraba que era necesario un hospital que protegiera a estos individuos y le otorgasen los cuidados necesarios. Sus palabras pueden traducirse de la siguiente manera:

“En esta ciudad hay muchas y muy importantes obras pías y caritativas; una falta, sin embargo, y es muy necesaria; ésta es, un hospital o casa en donde los pobres inocentes² y furiosos sean recogidos... porque sería una cosa y obra muy santa que Valencia construyera un albergue u hospital en el que tales locos e inocentes estuviesen de tal manera que no deambulasen por la ciudad y no pudieran hacer ni recibir daño (López-Ibor, 2008).”

En síntesis, reclamaba una institución específica para este colectivo de tal manera que no sufrieran y ni causaran daño alguno. Probablemente Gilabert Jofré suspiraba por el trato similar al que recibían los locos en el mundo islámico (González Duro, 1994). De hecho, su petición de un hospital específico para ellos no era algo extraño para él. La Orden Mercedaria se dedicaba al rescate de prisioneros cristianos de los moriscos desde 1218. El propio Gilabert Jofré, debido a su pertenencia a esta orden, realizó varios viajes al Reino de Granada y al Norte de África (Nogales, 2001). Allí pudo observar instituciones específicas para estas causas y los cuidados que recibían, como el Maristán de Granada. En ningún momento se les golpeaba ni magullaba. Mas bien, eran tratados con bondad y dignidad y eran muy apreciados por la sociedad.

Su discurso pareció calar hondo en sus oyentes. Entre los presentes se encontraba Lorenzo Salom que, en cofradía con diez burgueses y comerciantes, aportaron los fondos necesarios para la edificación de dicho hospital³. Posteriormente, a esta iniciativa se les sumaron sacerdotes y otros burgueses. El Consejo General de la Ciudad aprobó la propuesta. Las obras comenzaron en mayo de 1409. Diez meses después, el rey Martín I El Humano de Aragón dio el Privilegio de constitución de un hospital destinado a inocentes, follis y orates⁴. Además de la caridad cristiana, parece que había otras razones para la construcción de dicho edificio.

“En nombre y gracia de la Santa Trinidad: por ser obra de misericordia y muy pía atender a los que tienen de ello necesidad, y más aún si es mental, por debilidad, del juicio o discreción, por ignoscencia, locura u oradura, ya que estos seres ni pueden ni saben subvenir a su vida aunque sean robustos y fuertes en su cuerpo, pues están constituidos en tal ignoscencia, locura u oradura, su libre trato con las gentes origina daños, peligros y otros inconvenientes (Domingo, 1959)...”

Dicho fragmento indica que la constitución de este edificio cumpliría, adicionalmente, una función de control social. Los dementes, al ser custodiados, garantizaban un mayor amparo al ciudadano valenciano. En aquel momento, Valencia constituía la principal ciudad mercantil y comerciante de la Península. A la ciudad llegaban innumerables mercaderes y burgueses con bolsas rebosantes de monedas y productos de todos los rincones del Mediterráneo. Valencia fue de las escasas ciudades que no

² El padre Jofré alegaba que los locos no tenían conciencia de sus actos y carecían de responsabilidad por ello. Los inocentes eran aquellos que no tenían culpa, entre los que se encontraban los niños y los dementes.

³ Otro aspecto novedoso del Hospital de Inocentes de Valencia es que su financiación inicial provino de hombres laicos. Los hospitales de la Edad Media solían ser construidos por la Iglesia bajo la caridad cristiana.

⁴ Inocentes se refiere a los faltos de conocimiento o ignorantes, follis a los locos, y orats a los tontos.

se vio inmersa en la crisis económica que azotó a la península en los siglos XIV y principios del siglo XV. Ante esta situación, la salvaguardia de este colectivo era fundamental. La falta de seguridad podría ahuyentar al adinerado, provocando un descenso en la prosperidad de la ciudad. Sea que hubiera intereses económicos envueltos en la causa, el Rey Martín I otorgó su privilegio para constituir el hospital.

Poco tiempo después, el Papa Benedicto XIII expidió una Bula para conceder a la cofradía que inició este proyecto la licencia necesaria para poder fundar el hospital y que éste entrara en funcionamiento (Cuella, 2009). Dicho hospital, según recoge la Bula, estaba bajo la advocación de los Santos Inocentes⁵. También se faculta a la cofradía para la elección del director del hospital.

El 1 de junio de 1410 se inaugura Hospital d'Innocentes, Follcs i Orats, el primer manicomio del mundo occidental cristiano. Anteriormente, en Europa hubo otras instituciones que daban cuidado a enajenados. Sin embargo, este hospital ha sido la primera institución específica que separa a los dementes de otros colectivos, como pobres o tullidos, y le da cuidados específicos para su locura. Las palabras de G. Rosen describen el papel de las instituciones sanitarias y que no fueron una excepción en el Hospital de Inocentes de Valencia para locos.

“El hospital tiene que ser visto como un órgano de la sociedad que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado (Rosen, 1985).”

Este nuevo hospital materializó el cambio perceptivo del enfermo mental de la sociedad valenciana del siglo XV.

ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y CUIDADOS DEL HOSPITAL DE LOS INOCENTES DE VALENCIA

Los solares elegidos para la edificación del hospital se situaban cerca de la puerta del Torrente, en las afueras de la ciudad, en las inmediaciones de la muralla construida medio siglo antes (Rodrigo, 1927). Esa ubicación estaba dotada de unas condiciones higiénicas aceptables.

Con respecto a las dependencias, había un edificio rectangular, un patio central, habitaciones individuales para los internos, una cocina, dos años, una enfermería, la iglesia y un molino. Además, había huerto para que los enfermos trabajasen en él.

Esta institución logró gran fama durante el siglo XV. La obra *Los locos de Valencia*, Lope de Vega⁶ elogia dicha institución, con la siguiente declaración de la boca de uno de sus personajes:

*“Oíd: que habéis de haceros tan furioso,
que todo el mundo por furioso os crea.
Tiene Valencia un hospital famoso,
adonde los frenéticos se curan
con gran limpieza y celo cuidadoso,
Si aquí vuestros peligros se aventuran,
y os encerráis en una cárcel destas,
creed que de la muerte os aseguran (Lope
de Vega, 1996).”*

De esta obra podemos destacar una idea. La sociedad considera que el loco puede curar-

⁵ Los Inocentes se refiere a los niños asesinados por Herodes descritos en el Nuevo Testamento. La advocación de los Santos Inocentes indica la falta de culpa y responsabilidad de los dementes de la misma forma que los niños descritos en el pasaje bíblico.

⁶ Lope de Vega cita de nuevo al Hospital d'Innocentes, Follcs i Orats en el *Peregrino y su patria*. De él dice lo siguiente: “[...] entró en un Hospital famoso que Valencia tiene, donde después de la cura general de varias enfermedades intentan que la tenga el seso, con la mayor comodidad de limpieza, aseo y cuidado de aquellos a quien les falta [...]”.

se. Esta idea es novedosa, ya que anteriormente, sólo se daba alojamiento y manutención a este colectivo, considerando irreversible su estado mental.

El hospital tenía una regulación interna y un funcionamiento preestablecido. Esto maximizaba los cuidados a los pacientes, a la vez que lo dotaba de calidad técnica y un buen nombre. El máximo responsable de la institución era el clavario u hospitaler. Este se escogía entre los diez administradores. Los requisitos para ejercer este cargo eran estar casado y residir en el hospital. El primer electo fue Lorenzo Salom. Las funciones principales eran dos. Por una parte, el hospitaler era un agente de control social de la ciudad.

*“Que el Clavario del Hospital pudiera recoger por grado o por fuerza los locos que hallare por la ciudad; no comprendiéndose en esta medida los que sus padres o curadores tuviesen cerrados”*⁷

El clavario u hospitaler buscando dementes por las calles para internarlos en el hospital, evitando que alterasen el orden público. Esta autoridad podía recluir a cualquier individuo que creyese loco, salvo aquellos que estuviesen al cuidado de sus familiares en sus hogares. La familia solía atenderlos en sus hogares, recluyéndolos en habitaciones. Solían tener una alimentación deficiente, una mala salud y caían en el olvido. Cuando la familia no podía mantenerlos o eran incontrolables, peligrando su integridad, informaban a las autoridades, y eran recluidos en mazmorras o cárceles.

En el caso de que se recogiera a un enajenado, y su familia pidiera que le fuese devuel-

to, el Privilegio del Rey Martín I El Humano indicaba lo siguiente:

“Su recogido algún loco por la calle, los parientes que lo demandasen, se pasará a la justicia civil, quien determinará lo conveniente, en el concepto de que si se queda en el hospital, teniendo bienes, deba pagar los alimentos (Domingo, 1959).”

El hospitaler era considerado por la plebe como “pare dells follis”⁸. Debido a su cargo era una figura muy respetada y valorada en aquella sociedad. La segunda función abarca las funciones internas del hospital. El calvario aplicaba el régimen disciplinario a los internos. A pesar de que acudían distintos médicos al hospital y pudiesen prescribir medicamentos a los internos, se trataba más de una institución disciplinaria que curativa. Cuando un enfermo desobedecía o mostraba comportamientos violentos era castigado. Los métodos empleados eran similares a los que se encontraban en los calabozos de las cárceles de la época. Algunos medios empleados fueron los grilletes, las cadenas, instrumentos de hierro para la sujeción de las extremidades inferiores del demente y cota de piel de becerro para la sujeción del tronco y las extremidades superiores⁹. El médico Jaume Roig introdujo las jaulas o gavias, en las cuales se encerraban a los internos (González Duro, 1994).

La mujer del hospitaler realizaba funciones de ayudante a su marido y se encargaba del de las mujeres dementes. Para realizar las funciones de la institución, el calvario y su mujer se valían del personal administrativo y empleados. Los empleados se encargaban de las

⁷ Dicha información está contenida en el artículo “El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808)” de Barrios Flores.

⁸ Este título puede traducirse al castellano como el padre de los locos de forma literal. No obstante, las connotaciones que tiene esta denominación indican benevolencia y compasión, por lo que podría entenderse mejor como “padre de los pobres” o “padre de los huérfanos”, haciendo hincapié en la condición de desamparo en la que vivía este colectivo.

⁹ Ejercían la misma función que las actuales camisas de fuerza de los hospitales psiquiátricos.

necesidades básicas de los enfermos, como la alimentación, el aseo o la movilización entre otras. Estos empleados realizaban las funciones de enfermería en la institución.

Se separaba a los hombres de las mujeres en el hospital para su residencia. Surgieron métodos de clasificación de los pacientes según su estado (Comelles, 1988). Por un lado se agrupaban aquellos considerados como curables, que recibían tratamiento con fines curativos, y por otro los incurables. Estos recibían alojamiento y eran controlados para evitar conflictos en las calles. La alimentación era sana y abundante, y la institución era conocida por el alto grado de limpieza que presentaban los internos.

En el Hospital d'Innocentes, Folles i Orats se aplicaba la terapia ocupacional. La inactividad era considerada como un camino para adquirir malos vicios y dificultar la curación (Fernández Doctor, 1987). Los hombres trabajaban obligatoriamente en la granja y en el jardín del hospital, y realizaban labores de limpieza. A las mujeres se les otorgaban trabajos textiles, confeccionando vestidos y cosiendo. Esta terapia fue adoptada posteriormente por otros hospitales. Algunos internos, los más disciplinados, salían a la calle para recoger a otros locos para su internamiento o su devolución a sus respectivas familias. También pedían limosnas que posteriormente entregaban en la institución para garantizar la viabilidad económica. Otros tratamientos que se llevaban a cabo eran sangrías, aplicaciones de ungüentos y la ingesta de jarabes. Los administradores del hospital buscaban adecuada asistencia médica para los enfermos, recurriendo a médicos de elevado prestigio.

Lope de Vega, en su obra *Los locos de Valencia* nos da una aproximación de la vestimenta de los internos. Erifila, una de las protagonistas

de esta obra teatral, vestía un sayo de girones y una caperucilla de loco. Los enfermos vestían con uniforme hachos con sayos de tela gruesa. Cuando salían al exterior a pedir limosnas o los días de fiesta, vestían atuendos con colores más llamativos (Pileño, M. E., 2003). Esto era un símbolo identificativo para la población, preservando el orden público de la ciudad y previniendo altercados innecesarios.

REPERCUSIONES DEL HOSPITAL DE LOS INOCENTES

El Hospital d'Innocentes, Folles i Orats pese a surgir como un medio de control social para mejorar la protección en la ciudad inició un movimiento de expansión para la atención del enfermo psiquiátrico. Esto se manifestó con la construcción de nuevos edificios para este colectivo en toda la Península Ibérica. En 1419 empieza a funcionar el Hospital de Nuestro Señor Jesucristo en Córdoba. En 1425 se funda el Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza que incluía una casa de locos. Surgen más instituciones para enfermos psiquiátricos en Toledo, Palma de Mallorca, Sevilla, Barcelona y Valladolid (Ventosa, 2000).

En 1545 el Hospital de locos de Valencia sufre un incendio. Este suceso unido con el descenso de la prosperidad económica que azotó a esta ciudad durante el S. XVI, provocan que el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, en Zaragoza, sea la institución psiquiátrica que tome el liderazgo en España.

La iniciativa del padre Jofré y aquellos diez mercaderes ha sido trascendental en la historia de la enfermería. Gracias a su actuación, la visión de la sociedad hacia el paciente psiquiátrico cambió. Se reconoció la posibilidad de curación de éstos y la necesidad de un trato digno. El alojamiento y manutención dejaron paso a tratamientos enfocados a estos enfer-

mos. Hoy día, seis siglos más tarde, los hospitales psiquiátricos están presentes a nivel mundial. El movimiento jofriano permitió la existencia y expansión de estos hospitales mejorando la calidad de actuación de enfermería y atención al enfermo mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Almagro, A. y Orihuela, A. (2003). El Maristán Nazari de Granada. Análisis del edificio y una propuesta para su recuperación. *Boletín de la Real Academia de Bellas Artes de Nuestra Señora de las Angustias*, 10, 80-109.
- Barrios, L. F. (2002). El internamiento psiquiátrico en España: de Valencia a Zaragoza (1409-1808). *Revista Cubana de Salud Pública*. 28(2), 425 Available <http://estudios-territoriales.org/articulo.oa?id=21428209> downloaded 426 15th July 2014.
- Comelles, J. M. (1988). La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Cuella, O. (2009). Bulario de Benedicto XIII. Vol IV: El papa Luna (1394-1423), promotor de la religiosidad hispana. Zaragoza: Excma. Diputación de Zaragoza.
- Domingo, F. y Calatayud, J. (1959). El primer hospital psiquiátrico del mundo. Valencia: Exma. Diputación Provincial.
- Fernández Doctor, A. (1987). El Hospital Real y General de Ntra. Sra. Gracia de Zaragoza en el S. XVIII. Zaragoza: Editorial Instituto Fernando el Católico.
- González Duro, E. (1994). Historia de la locura en España, Tomo I, siglos XIII al XVII, Historia de la España sorprendente. Madrid: Ediciones Temas de hoy, S.A.
- Infantes, V. (1997). Las danzas de la muerte: génesis y desarrollo de un género medieval: (siglos XIII – XVII). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Lope de Vega, F. (1996). Los locos de Valencia. Madrid: Aguilar.
- López-Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 1-9.
- Nogales, A. (2001). La enfermería y el cuidado de los enfermos mentales en el S.XV. *Cultura de los cuidados*, 5(9), 15-21.
- Pileño, M. E., Morillo, F. J., Salvadores, P. y Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados*, 7(13), 29-35.
- Rodrigo Pertegás, J. (1927). Hospitales de Valencia en el siglo XV su administración, régimen interior y condiciones higiénicas. *Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos*.
- Rosen, G. (1985). El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria. En G. Rosen (comp.) *De la policía médica a la medicina social* (pp.316-350). Madrid: Siglo XXI.
- Ventosa, F. (1997). El enfermo mental en el siglo XV en España. Conceptuación como enfermo distinto y curable. Su cuidado. *Cultura de los cuidados*, 1(1), 43-48.
- Ventosa, F. (2000). Cuidados psiquiátricos de enfermería en España: siglos XV al XX: una aproximación histórica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Antropología

Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería

Health in Prisons: the speaking nursing workers

Saúde no Sistema Penitenciário: o que falam os trabalhadores de enfermagem

Fernanda de Jesus dos Santos¹; Danielly Santos dos Anjos Cardoso²; Mércia Zeviani Brêda³; Laís de Miranda Crispim Costa⁴

¹Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

²Enfermeira, mestre em enfermagem, professora professora assistente da Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR da UFAL.

³Enfermeira, doutora em enfermagem, professora professora assistente da ESENFAR.

⁴Enfermeira, mestre em enfermagem, professora assistente da ESENFAR, doutoranda do Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cómo citar este artículo en edición digital: Santos, F. J., Anjos, D.S.C., Brêda, M.Z. y Costa, L.M.C. (2015). Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 41.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.14>

Correspondência: Fernanda de Jesus dos Santos. Rua Antônio Alves da Silva ° 302,

Santa Lúcia, Maceió- AL, CEP: 57082-630. Tel: (82) 88913886

Correo electrónico: nanda.enferm@gmail.com

Recibido: 17/11/2014; Aceptado: 13/02/2015



ABSTRACT

Objective: To analyze the health care provided to persons under confinement in the penitentiary system in the view of nursing.

Methodology: An exploratory study, a qualitative approach to analyze the discussion of participants, from the guiding question: How do the nursing staff perceive the health care offered in the prison system? Data collection was performed through recorded inter-

views with the signing of terms of free and informed consent, conducted in April 2014, with 21 nursing staff of the penitentiary complex Maceió-AL, as approved by the Ethics Committee and research Platform UFAL via Brazil, and by CAAE No 25016814.6.0000.5013, receiving assent to its publication as protocol 560 840. Results: From the analysis of the interviews, three categories emerged: Many difficulties, some privileges; Stress, fear and involvement; Institutional force-health attention.

Conclusion: This study contributes to the knowledge on the topic in question, and the debate on health care offered in the prison system in order to improve service delivery and care persons deprived of liberty.

Keywords: prison; health care; nursing; public health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asistencia sanitaria prestada a las personas menores de confinamiento en el sistema penitenciario en la vista de la enfermería.

Metodología: Estudio exploratorio, un enfoque cualitativo para analizar la discusión de los participantes, a partir de la pregunta orientadora: ¿De qué manera el personal de enfermería percibe la asistencia sanitaria ofrecida en el sistema penitenciario? La recolección de datos se realizó a través de entrevistas grabadas con la firma de los términos de consentimiento libre e informado, realizado en abril de 2014, con 21 miembros del personal de enfermería del complejo penitenciario de Maceió-AL, tal como fue aprobado por el Comité de Ética y Investigación Plataforma UFAL vía Brasil y por el CAAE No 25016814.6.0000.5013, recibiendo consentimiento a la publicación del mismo Protocolo 560 840. Resultados: En el análisis de las entrevistas, surgieron tres categorías: Muchas dificultades, algunos privilegios; El estrés, el miedo y la participación; La atención de la salud de fuerza institucional.

Conclusión: Este estudio contribuye al conocimiento sobre el tema en cuestión, y el debate sobre la atención de salud ofrecida en el sistema penitenciario a fin de mejorar la prestación de servicios y atención las personas privadas de libertad.

Palabras clave: la cárcel; cuidado de la salud; enfermería; la salud pública.

RESUMO

Objetivo: analisar a atenção em saúde prestada às pessoas em regime de reclusão no sistema penitenciário na visão dos trabalhadores de enfermagem.

Metodologia: estudo exploratório, de abordagem qualitativa, com análise da discussão

dos participantes, a partir da questão norteadora: De que forma os trabalhadores de enfermagem percebem a atenção em saúde ofertada no sistema penitenciário? A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas, com assinatura dos termos de consentimentos livre e esclarecido, realizadas no mês de abril de 2014, com 21 trabalhadores de enfermagem do complexo penitenciário de Maceió-AL, conforme aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFAL via Plataforma Brasil, e mediante CAAE nº 25016814.6.0000.5013, recebendo parecer favorável para sua publicação conforme protocolo nº 560.840. Resultados: a partir das análises das entrevistas, emergiram as três categorias: Muitas dificuldades, alguns privilégios; Tensão, medo e envolvimento; Força institucional x Atenção em saúde.

Conclusão: O estudo contribui para a construção do conhecimento sobre a temática em questão, e a reflexão sobre a atenção em saúde ofertada no Sistema Penitenciário com vistas à melhor prestação dos serviços e cuidados as pessoas privadas de liberdade.

Descritores: penitenciárias; atenção à saúde; enfermagem; saúde pública.

INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Justiça mostram que cerca de 520 mil pessoas vivem privadas de sua liberdade nos sistemas penitenciários do Brasil em 1.771 estabelecimentos penais, onde haveria vaga para menos de 310 mil, segundo o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen), ou seja, há uma superlotação dessa população específica o que resulta não só numa sobrecarga do sistema, mas no aumento da condição de risco e vulnerabilidade em que estão submetidos. (Dominguez, 2012).

Conforme Assis (2007), aproximadamente 95% da população penitenciária brasileira é



oriunda das classes dos excluídos socialmente, ou seja, pobres, negros, analfabetos e desempregados, que, de certa forma, são “empurrados” ao crime por não terem tido melhores oportunidades.

Mediante a superlotação das celas, a precariedade e o alto grau de insalubridade, tornam as prisões um ambiente propício à difusão de doenças. Além dos fatores estruturais, a alimentação deteriorada, a falta de higiene, o sedentarismo, o uso de drogas, a precária assistência médica e a violência incontida permeiam as relações nas unidades penitenciárias, como também contribuem para os problemas de saúde. (Assis, 2007; Carvalho et al, 2006; Savazzoni, 2010).

Independente da natureza de sua transgressão, este público mantém o direito de usufruir dos diversos padrões de assistência à saúde, tais como ações preventivas, de cura e de reabilitação, atendimento médico, de enfermagem, odontológico, farmacêutico e psicológico, porque apesar de se encontrarem privados de liberdade, ainda mantém preservados os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania.

Embasado nas ideias democráticas da Constituição Federal (CF), que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Brasil, 1988), o Ministério da Saúde em ação inte-

grada com o Ministério da Justiça elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) através da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003 que prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos, como também que se criem estruturas de unidades básicas de saúde nos estabelecimentos prisionais (Brasil, 2003).

Conforme Souza (2006, p. 16)

“a enfermagem pode contribuir para o resgate de uma condição de vida digna das pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico proporcionando conforto e bem estar, minimizando iniciativas que estimulem a discriminação ou o preconceito, e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana”.

Embora os cuidados de enfermagem sejam semelhantes aos de uma unidade hospitalar extramuros, o fato do ambiente extra-hospitalar não ser a casa ou a rua, mas uma penitenciária confere aos profissionais de enfermagem diversas mudanças, seja nas atitudes, posturas ou sentimentos, durante a prática assistencial (Souza, Passos, 2008; Cardoso, Araújo, 2013).

Estudo realizado por Eugênio (2012) evidenciou que apesar das atividades desenvolvidas pelo trabalhador de saúde nas unidades prisionais não se diferenciarem das impostas pela Lei do Exercício Profissional e da realidade extramuros, existe um conflito de sentimentos positivo e negativo na prática diária da profissão na unidade prisional, o qual se justifica pelo próprio sentimento despertado inerente a profissão e/ou ainda pelo tipo de clientela e ambiente envolvido na assistência.

Diante do que foi exposto em linhas gerais

é que este estudo busca elucidar a seguinte questão norteadora: De que forma os trabalhadores de enfermagem percebem a atenção em saúde ofertada no sistema penitenciário? Para tanto se traçou o objetivo geral: Analisar a atenção em saúde prestada às pessoas em regime de reclusão no sistema penitenciário na visão dos trabalhadores de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem exploratória com apreciação das falas narrativas. O método qualitativo enfatiza as especificidades de um problema em termos de sua origem e da sua razão de ser, fazendo uma relação direta entre a realidade e o sujeito, ou seja, uma ligação entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (Silva, 2005).

A finalidade das pesquisas exploratórias, segundo Gil (2008) é a de proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam contribuir em estudos posteriores. Utiliza-se do levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tem experiência prática com a problemática em questão e a análise de exemplos que estimulem a compreensão.

O estudo ocorreu em quatro unidades carcerárias localizadas no Complexo Penitenciário de Maceió e os participantes foram os trabalhadores que integram a equipe de enfermagem em unidades carcerárias masculinas, totalizando 21 profissionais, dentre eles: 04 enfermeiros, 16 técnicos e 01 auxiliar de enfermagem. Para seu recrutamento foram estabelecidos alguns critérios: estar o funcionário trabalhando na unidade à época do início da pesquisa e a aceitação em participar do estudo. Foram excluídos os que não aceitaram participar do estudo e aqueles que estavam de férias.

O estudo está de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que trata da ética nas pesquisas envolvendo seres humanos. Inicialmente, foi encaminhado o projeto desta pesquisa para o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas via Plataforma Brasil, com CAAE nº 25016814.6.0000.5013. Após análise, foi recebido o parecer favorável nº 560.840, onde somente após aprovação deste e autorização da Diretoria das Unidades Penitenciárias iniciou-se a coleta de dados.

As entrevistas ocorreram por meio de um agendamento prévio junto a Diretoria das Unidades Penitenciárias (DUP), que iam de acordo com a disponibilidade do serviço e dos profissionais. Os participantes foram abordados no posto de enfermagem de cada unidade penitenciária, onde foram convidados a participar, sendo-lhes explicada a importância da pesquisa. Após concordância os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo coletar os dados através de uma entrevista semiestruturada gravada.

A coleta das informações aconteceu no mês de abril de 2014. A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é utilizado pelo pesquisador, servindo de apoio na sequência das questões, a fim de facilitar a abordagem e assegurar que seus pressupostos sejam abordados na conversa, permitindo também, que novas perguntas sejam introduzidas para que haja uma abertura do campo de explanação do entrevistado ou um aprofundamento do nível de informações ou opiniões (Minayo, 2010).

Os dados obtidos, a partir das entrevistas semiestruturadas, foram inicialmente transcritos na íntegra. Na transcrição foi preservada a fala dos participantes os quais foram identificados por códigos alfanuméricos, em que a letra E significa enfermeiro, a sigla TE,

técnico de enfermagem e a sigla AE, auxiliar de enfermagem, e os números seguem a ordem de ocorrência das entrevistas.

Foi realizada uma leitura atenta e apurada sobre todo material, e as informações classificadas qualitativamente, sendo as classes que emergiram categorizadas, segundo análise temática de conteúdo. Com essa técnica, segundo Gomes (2002) é possível investigar o que está por trás dos conteúdos, indo além das aparências do que está sendo estudado.

Conforme Bardin (2011) a análise de conteúdo ocorre a partir de três fases básicas:

1ª Fase: Pré-análise – Corresponde ao período de sistematizar as ideias iniciais, preparando para a análise propriamente dita. É realizada através de leituras flutuantes, e composição do corpus, o qual corresponde ao conjunto de documentos necessários aos procedimentos analíticos.

2ª Fase: Exploração do material ou codificação - Após leitura e exploração de todo o material, os dados são codificados e categorizados, em função das quais o conteúdo da análise será organizado. Dessa forma, o processo de categorização consiste na redução do texto às palavras e expressões significativas.

3ª Fase: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Corresponde a análise essencialmente temática, resultando em dimensões, as quais serão sequencialmente analisadas. O intuito é de tornar os resultados significativos e válidos para o estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 21 trabalhadores de enfermagem entrevistados, 16 eram do sexo feminino (76,2%). Com relação à faixa etária: 08 possuíam entre 25 a 35 anos; 03 possuíam entre 36 a 45 anos; e 10 entre 46 a 56 anos. O tempo de atuação na instituição penitenciária variava:

menor que 2 anos (7 trabalhadores), entre 2 a 3 anos (6), e maior que 3 anos (8). Os resultados apontaram três categorias conceituais: Muitas dificuldades, alguns privilégios; Tensão, medo e envolvimento; Força institucional x Atenção em saúde.

Muitas dificuldades, alguns privilégios

O sistema penitenciário vive num processo de transição do caráter punitivo ao ressocializador, porém encontra alguns entraves devido às condições precárias do sistema penal, que acaba refletindo também, na vulnerabilidade da população penitenciária a diversas patologias. Dessa forma, alerta-se para uma maior atenção seja demandada a este público através de ações positivas que incluam a disponibilidade de serviços e recursos, sob a ótica do modelo assistencial que melhor atenda as suas necessidades.

Conforme Silva Júnior e Alves (2007) o modelo assistencial se refere à forma como são organizadas as ações de atenção em saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais (Paim, 2001), utilizados no processo de trabalho de modo a intervir sobre os problemas e necessidades sociais de saúde.

O atual modelo vigente no país estrutura-se na visão negativa de saúde, vinculando esse à doença e à morte, ou seja, há predominância de caráter assistencialista e curativo. Nesse modelo, ocorre grande fragmentação na atuação dos profissionais de saúde, em alguns casos, precarizando as relações de trabalho.

De acordo com Gil (2005) não é tarefa fácil conseguir profissionais aptos a trabalharem na perspectiva do novo modelo, dentro da visão de promoção da saúde, pois (Cutolo, 2001), a problemática encontra-se no modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado. Nesse sentido, as



respostas para os problemas de saúde passam a se estruturar na atenção médica e medicamentos, reduzindo a atenção em saúde na oferta desses serviços.

“Eu posso dizer como profissional da assistência que é deficiente, devido a falta de medicamentos, poucos profissionais médico para dar um suporte maior”. (TE14)

Dessa forma, a percepção do profissional de enfermagem a respeito da atenção em saúde está, como observado na maioria das falas, atrelada as dificuldades presentes no serviço de saúde do sistema penitenciário, os quais foram identificados como na falta de medicação e na ausência de um profissional médico todos os dias. A carência de medicamentos foi destacada na totalidade das unidades penitenciárias em estudo, situação esta resolvida, com a compra do medicamento pela família.

“não tem como você dar assistência que deveria dar a eles por causa da falta de condições de trabalho. Falta muito material”. (TE3)

“o atendimento aqui é muito bom, claro que as medicações: tem umas que faltam, mas ai gente comunica a assistente social que comunica a família, e a família traz”. (TE6)

O que se observa é que, o Estado não consegue cumprir o determinado na Lei de Execuções Penais, e conseqüentemente, os indivi-

duos reclusos tem sua saúde debilitada devido as péssimas condições, e conforme Capitani (2012) chegando a morrer por falta de atendimento médico, medicação e por falta de uma atividade preventiva.

Quanto ao transporte desses pacientes para tratamento externo e urgência, este só é permitido mediante a presença da escolta policial, visualizada pelos participantes como outra precariedade do sistema. Acrescentam ainda que, a presença do médico todos os dias na unidade penitenciária reduziria bastante as saídas ‘desnecessárias’. Chama a atenção que, a escolta que dar suporte a saúde é a mesma que sai em missões, ou seja, quando ocorre alguma intercorrência dentro do complexo penitenciário que necessita de transferência, esta escolta muitas vezes não se encontra disponível.

“quando alguns presos necessitam de serem removidos com destino a uma unidade básica de saúde temos a deficiência com relação ao transporte desse preso, porque tem que haver uma escolta pra dar segurança ao profissional, garantir a integridade física do preso e também dos profissionais que irão atendê-lo na unidade que vamos encaminhá-lo”. (TE14)

“A dificuldade é a escolta pra sair que nem sempre tem”. (TE7)

“Quando não tem o médico do dia, a gente leva pra alguma unidade de pronto-socorro, se for urgência e emergência”. (TE15)

No que concerne a atuação do profissional de enfermagem no sistema penal, percebe-se que estes têm suas ações limitadas, respondendo as demandas trazidas pelo agente penitenciário, que fica responsável pela condução do recluso ao serviço de saúde, a partir da solicitação deste. Este dado corrobora com os achados de Cavalcanti (2012) que ainda acrescenta que é o agente penitenciário que realiza a triagem das necessidades de saúde dos reclusos

nas celas, para então encaminhá-los a unidade de saúde.

“Geralmente eles [presos] chamam o agente”. (TE16)

“A única dificuldade pra chegar até a gente é que, antes de chegar até a gente eles [presos] têm que ter o acompanhamento dos agentes penitenciários. A gente não vai até a cela pegar eles e trazer. Eles chamam o agente penitenciário, e assim que eles trazem, ele [preso] têm todo o atendimento necessário”. (E4)

Da mesma forma que o agente penitenciário atua facilitando o acesso desse paciente/recluso à saúde, eles também podem dificultar, pois, na maioria das vezes, são eles quem julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do indivíduo (Diwana et al, 2008). Dessa forma fica evidente a função diferenciada executada pelos agentes penitenciários, no que diz respeito à acessibilidade da pessoa reclusa à saúde, situação também percebida neste estudo, através da demora do agente na retirada destes para atendimento.

“Muitas vezes demoram a tirar e o paciente fica lá com dor...” (E4)

“Às vezes eles demoram um pouco mais, mas sempre tiram. Nunca se omitiram não... Sempre tiraram. Às vezes mais rápido, às vezes mais lento.” (E4)

Apesar da ausência do médico representar um fator negativo para a prática de atenção em saúde, o sistema penitenciário conta com uma equipe multidisciplinar presente todos os dias a disposição dos pacientes/reclusos, e portanto, sendo apontado como uma facilidade para a prática de atenção em saúde, dados estes que divergem com os encontrados por Assunção (2010), no qual a ausência de uma equipe multiprofissional tornava-se um obstáculo para a prestação da assistência em saúde.

“A facilidade é uma equipe multidisciplinar

que ele encontra facilmente aqui no sistema. Todo reeducando tem direito aqui, de assistência de enfermagem, assistência de nutrição, ele tem assistência de dentista, psicólogo, assistente social e médico. Então ele tem uma equipe multidisciplinar envolvida pra cuidar da saúde dele. A maior dificuldade na verdade é o médico, que só vem uma vez na semana”. (E4)

Apesar de estarem privados de sua liberdade, os reclusos mantêm assegurados os demais direitos, dentre eles, o direito a saúde. Dessa forma, a disponibilidade de uma equipe de saúde não seria mais que uma facilidade, mas sim um direito garantido, já que tantos outros lhe são retidos. Outro ponto que chama a atenção são os questionamentos levantados pelos profissionais quanto ao atendimento externo, pela rapidez e prioridade. Neste ínterim, Leal e Lopes (2005) trazem que a prioridade de atendimento ambulatorial decorre em não expor os demais pacientes ao risco de violência entre reclusos e policiais, já que este último mantém-se munido de forte armamento.

“assim que a gente chega em qualquer unidade ele tem prioridade. Então, ele passa na frente de idoso, passa na frente de criança.” (TE13)

Mesmo diante de uma situação em que haja choque de valores éticos e morais, o profissional de saúde deve se posicionar como aquele que presta cuidados independente a natureza daquele que se encontra sob seus cuidados, ou seja, livre de julgamentos.

Tensão, medo e envolvimento

O trabalho numa unidade penitenciária é permeado por um clima de instabilidade e imprevisibilidade do que pode acontecer. Conforme Santos (2012), o recluso está sempre buscando meios de conseguir sua liberdade novamente, seja através de uma tentativa

de suborno de algum funcionário, ou uma rebelião. Este risco de que algo possa ameaçar a vida da equipe, traduz-se na tensão do ambiente, como observado nos depoimentos abaixo, onde a qualquer movimentação ou barulho os profissionais ficam assustados.

“A gente percebe que os profissionais eles tentam manter aquela calma, aquilo tudo, mas qualquer barulho que der aqui dentro, todo mundo já fica tenso”. (E1)

Outro ponto, diz respeito à preocupação do trabalhador da enfermagem com sua integridade física, no qual suas atividades sempre ocorrem na presença do agente penitenciário e sob um estado de alerta. A figura do agente penitenciário representa um papel protetor e de segurança. Portanto, a atenção em saúde, de acordo com Santos (2012) traduz-se em não se descuidar, prestando assistência prevendo os eventos que possam se converter em situação de perigo, onde um simples instrumento sob posse dos reclusos possa se transformar numa arma. Como ilustrado nas falas seguintes:

“Você tem que está sempre com um pé atrás, sempre cercado de vários agentes porque a gente não sabe qual vai ser a reação deles.” (E3)

“É de eles virem pra enfermaria com algum tipo de arma. Às vezes eles fazem de qualquer pedacinho, até do barbeador eles fazem uma arma, então isso é risco”. (TE1)

Santos, Souza, Santos (2006) ainda reforçam dizendo que, tanto reclusos quanto profissionais compartilham sentimentos que podem favorecer ou prejudicar o cuidado, dentre tais sentimentos, o medo que os profissionais sentem durante o atendimento a este público, que por ser algo próprio do ser humano, acontece independente do querer. Contrastando com este achado, no presente estudo, verifica-se por meio das falas abaixo, que os trabalhadores de enfermagem sentem-se seguros em suas práti-

cas diárias, atrelando esta segurança ao tempo de serviço neste ambiente, fato este que entra de acordo com os resultados encontrados por Eugênio (2012), no qual argumenta que reclusos mantêm o respeito, pois veem na equipe de enfermagem profissionais envolvidos na preservação da saúde.

“No início foi difícil. Não queria muita aproximação, por conta mais do medo”. (TE11)

“Eu perdi o medo de trabalhar com reeducandos. Não tenho mais medo de jeito nenhum. Pelo tempo, são sete anos já”. (TE15)

Diferente dos achados no estudo de Christoff (2007), no qual os técnicos de enfermagem manifestavam curiosidade a respeito das histórias de delito daqueles que ali se encontra, a equipe de enfermagem em questão destacou que seu relacionamento com os presos é estritamente profissional, baseada no respeito, com ética e humanização no atendimento. Ou seja, não procuravam saber os antecedentes criminais das pessoas a quem estavam prestando cuidados, dados estes que também corroboraram com o estudo de Santos (2012).

“Eu não olho nada do crime deles: se eles mataram, se foram acusados, se tiveram porte de arma ou não. Eu não olho isso. Eu olho apenas o cuidado”. (E1)

“Não estou aqui pra julgar o preso, não importa o que ele fez ou o que ele deixou de fazer. Eu vejo o preso como um paciente que necessita de um atendimento, então a minha relação é simplesmente profissional. Ele é o paciente, e eu estou aqui para dar assistência de enfermagem”. (TE14)

Para a assistência em saúde é imprescindível o levantamento sistematizado dos dados da pessoa, pois permite ao profissional de saúde identificar problemas, realizar diagnóstico, planejar e implementar sua assistência (Santos, Veiga, Andrade, 2011). Dessa forma, como

prestar uma assistência mais humanizada sem anamnese? Por meio da coleta de dados é possível conhecer os indivíduos e planejar uma assistência não só curativa, mas também preventiva, servindo de método de acompanhamento e avaliação (Santos, Veiga, Andrade, 2011).

Força institucional x Atenção em saúde

Formalmente o agente penitenciário é o profissional responsável pela ressocialização. No entanto, o perfil deste profissional diante de sua atuação perpassa por uma série de questões que vão desde a operacionalização comportamental de suas atribuições na rotina de trabalho a dilemas relacionais, conceituais e identitários (Andrade, Silva, Figueiró, 2013).

Diante disso, identifica-se que a presença do agente penitenciário torna-se primordial para a assistência em saúde devido à situação de periculosidade que o ambiente impõe. Por outro lado, a equipe de saúde inserida nesse contexto, com destaque o profissional de enfermagem, considera a presença do agente penitenciário uma limitação para a autonomia no desempenho de suas ações (Souza, Passos, 2008), que necessita a todo o momento, dividir seu espaço de cuidado com o agente.

Dessa forma, percebe-se que a relação de trabalho entre agente penitenciário e enfermagem é convergente, onde segurança e saúde estão em prioridades diferentes. Contudo, verifica-se no presente trabalho dados semelhantes em literatura, quanto à dependência da equipe de enfermagem ao agente na prestação do cuidado (Santos, 2012; Mariath, Rita, 2010). A presença do agente penitenciário é compreendida como uma necessidade para as atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde.

“a dificuldade é que eu preciso de agentes penitenciários, tanto pra trazer eles até a enfermaria como pra que eu consiga chegar até os

módulos de prisão”. (E1)

“a gente [profissional de enfermagem] só pode ser acompanhada no raio com o agente. Quando tem a gente vai. Quando não, a gente aguarda”. (TE2)

Outra questão marcante, que pode ser observado por meio do depoimento acima é a carência na quantidade de agentes penitenciários disponíveis, que por vezes acaba interferindo na qualidade da assistência prestada, onde o cuidado é “adiado”.

“a gente [profissional de enfermagem] dava a lista toda manhã e nada de tirarem pra atender, porque tava pouco o contingente de agente... então era muito complicado de prestar assistência da forma adequada”. (E3)

Uma melhoria do serviço de atenção à saúde dos reclusos foi percebida com o surgimento de uma nova classe de trabalhadores na unidade penitenciária, o surgimento do monitor, que atua facilitando o acesso dos reclusos aos serviços de saúde, pois devido ao quantitativo insuficiente de agentes penitenciários acabavam por prejudicar a assistência.

“hoje tem os monitores que nos ajudam muito na retirada dos presos para o atendimento. Antigamente, como tinha um déficit negativo em relação a agente penitenciário, ai dificultava muito nosso atendimento”. (E2)

Num estudo realizado por Diuana et al (2008) observou-se que a relação entre agente penitenciário e recluso baseava-se numa estratégia de defesa das identidades, em que encaminhá-lo ao serviço de saúde era motivo de deboche. Ademais, o cuidado surge como sinal de rebaixamento e submissão, inadmissível para a manutenção da imagem de “força” e “poder” que impera sobre o agente penitenciário. Quando se trata da relação agente penitenciário e profissional de enfermagem,

por vezes acabam esbarrando em princípios e valores sociais e que, conforme citado por um dos entrevistados no estudo de Souza (2006), ocorre um “desencontro de propósitos”, fato este também percebido em um dos depoimentos deste estudo.

“quanto a relação com os agentes as vezes é meio complicado porque eles não entendem que o preso, que o custodiado, ele também é um ser humano e também precisa de assistência de saúde. Eles acham que eles estão ali pra tentar pagar um crime e que eles não deveriam ter tanta assistência de saúde como eles têm.” (E1)

A característica do sistema penitenciário é marcado pela presença do agente de segurança, indispensável a qualquer atividade que irá se desenvolver dentro dessa instituição, devido a periculosidade instaurada pelo os que lá se encontram. No entanto, fica evidente que a concepção destes profissionais sobre a finalidade de uma instituição penitenciária refletirá diretamente no seu dia a dia no trabalho, contribuindo ou prejudicando para a reinserção da pessoa reclusa a sociedade.

CONCLUSÃO

A situação de cárcere traz uma série de impasses que tornam ainda mais complexo o acesso à saúde dos indivíduos reclusos. Na realidade local, percebe-se que a atenção à saúde da população que se encontra em unidades penitenciárias ainda possui um olhar reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas ao modelo curativista.

As ações de saúde desenvolvidas no sistema penitenciário ocorrem por meio do processo queixa-conduta, no qual ao agente penitenciário fica imputado a responsabilidade quanto à acessibilidade dos reclusos aos serviços de saúde, e que, de certa forma, eles que acabam julgando quem necessita ou não de



atendimento, ficando evidente também, que o serviço de saúde atua respondendo as demandas trazidas por este profissionais.

O sistema penitenciário é tido como sinônimo de periculosidade, tanto pelas pessoas que ali se encontram como pelo o ambiente onde são desenvolvidas as relações. Por meio deste estudo foi constatado que os profissionais de enfermagem que possuem mais tempo de serviço no sistema penal sentem-se seguros durante suas atividades, em contrapartida, há aqueles que ainda se mantêm tensos mesmo rodeados de guardas e armamentos.

O modo de organização da instituição penitenciária é baseada na segurança, tendo o agente penitenciário como o protagonista. Sua presença é imprescindível para todas as atividades desenvolvidas neste ambiente, e na área da saúde este fato é de grande relevância, pois o trabalhador da saúde tem suas atividades limitadas a este profissional, pois depende de sua presença e disponibilidade.

Portanto, os resultados possibilitaram conhecer a realidade frente à atenção em saúde prestada às pessoas em regime de reclusão e apontam caminhos que precisam ser percorridos, para que uma assistência de qualidade seja demandada a esta população, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

- Andrade, J. M. S., Silva, A. K. L. y Figueiró, R. A. (2013). O sistema prisional e o trabalho do agente penitenciário: reflexões sobre o trabalho no cárcere. In R.A. Figueiró., E.S.S. Figueiró. y Minchoni, T. (Comps.) Saúde e sistema prisional: impasses e possibilidades no Rio Grande do Norte. Natal: Edunp. Disponível em: <http://edunp.unp.br/pdf/SistemaPrisional.pdf>.
- Assis, R. D. (2007). A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Revista CEJ, 11(39), 74-78. Disponível <https://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>.
- Assunção, C. H. V. (2010). A saúde da mulher: a situação das encarceradas do Presídio Feminino de Florianópolis. Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC.
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (1988). Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil. (2003). Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Dispõe sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília. Disponível http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf.
- Capitani, R. (2012). O meio ambiente prisional brasileiro e a saúde do preso: um estudo no Presídio Estadual de Bento Gonçalves. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade de Caxias do Sul.
- Cardoso, D. R. y Araújo, S. T. C. (2013). Enfermagem no sistema prisional: o significado da comunicação pelos sentidos do corpo. In: 17º SENPE- Seminário de Pesquisa em Enfermagem, 2013, Natal/ RN. O clássico e o emergente: desafios da pesquisa em enfermagem, Jun. Disponível http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0055pr.pdf.
- Carvalho, A. L. et al. (2006). Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. Ciência Saúde Coletiva, 11(2), 461-71. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>.
- Cavalcanti, V. M. (2012). Dupla privação: a realidade de apenados com deficiência física em presídios na Paraíba. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba.
- Christoff, M. U. (2007). Saúde e cárcere: micro-unidades penitenciárias de atendimento hospitalar, no Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Cutolo, L. R. A. (2001). Estilo de pensamento em educação médica – um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese (Doutorado em Educação). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Diuana, V. et al. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, 24(8), 1887-1896. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>.
- Dominguez, B. (2012). Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. Revista Radis, 118. Disponível <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/118/reportagens/uma-politica-para-garantir-o-direito-saude-no-sistema-prisional>.
- Eugênio, M. R. (2012). A práxis do profissional enfermeiro no sistema penitenciário. Monografia (Graduação em Enfermagem). Cascavel, Faculdade Assis Gurgacz- FAG.
- Gil, A.C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Gil, C. R. R. (2005). Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, 21(2), Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>.
- Gomes, R. (2002). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In M.C.S. Minayo, (Comp.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade (PP.67-80). Petrópolis: Editora Vozes.
- Leal, S. M. C. y Lopes, M. J. M. (2005). A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. Ciência & Saúde Coletiva,

- 10(2), 419-431. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a20v10n2.pdf>.
- Mariath, C. R. y Rita, R. P. S. (2010). Polícia penitenciária: reflexo do sistema penal simbólico. *Jus Navigandi*, Teresina,15(2602). Disponível <http://jus.com.br/artigos/17184>.
 - Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
 - Paim, J. S. (2001). *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Disponível <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>.
 - Santos, F. S. (2012). *Cuidados aprisionados: Repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado Profissional Enfermagem Assistencial). Niterói: Universidade Federal Fluminense/ UFF.
 - Santos, M. L. S. C., Souza, F. S. y Santos, C. V. S. C. (2006). As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. *Texto Contexto Enferm*, 15, 79-87. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea09.pdf>.
 - Santos, N., Veiga, P. y Andrade, R. (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 355-58. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>.
 - Savazzoni, S. A. (2010). Dignidade da pessoa humana e cumprimento de pena das pessoas com deficiência. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da PUC-SP 3*. Disponível <http://revistas.pucsp.br/index.php/red/article/view/5534/3949>.
 - Silva Júnior, A. y Alves, C. A. (2007). Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In M. V. G. C. Morosini y A. D. A. Corbo, (Comps.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz: 27-41. Disponível http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4_Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G_da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf.
 - Silva, E.L. (2005). *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC.
 - Souza, M. O. S. (2006). *A Prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
 - Souza, M. O. S. y Passos, J. P. (2008). A prática de Enfermagem no Sistema Penal: limites e possibilidades. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm*, 12(3), 417-23. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>.



Caracterización de la atención de hombres ancianos por servicio de atención móvil de urgencia

Characterization of assistance in elderly men assisted in a mobile emergency care service

Caracterização do atendimento de homens idosos pelo serviço móvel de urgência

Lívia Carvalho Pereira¹; Alaíde de Araújo Alencar²; Maria do Livramento Fortes Figueiredo³; Cinara Maria Feitosa Beleza⁴

¹Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina, PI.

²Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina, PI.

³Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Piauí da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem. Teresina, PI.

⁴Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina, PI.

Cómo citar este artículo en edición digital: Pereira, L.C., Alencar, A.A., Fortes Figueiredo, M^a L., Feitosa Beleza, C.M^a (2015). Caracterización de la atención de hombres ancianos por servicio de atención móvil de urgencia. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.15>

Correspondência: Lívia Carvalho Pereira. Endereço: Quadra 14, Bloco 9, AP 103, Conjunto Morada Nova II, Teresina-PI.

Cep: 64023-208. E-mail: livia.zinha@hotmail.com

Correo electrónico: livia.zinha@hotmail.com

Recibido: 23/2014; Aceptado: 23/02/2015



ABSTRACT

The elderly population has shown a significant increase in life expectancy in recent decades, however, they remain a population susceptible to many health hazards due to the decline of their functional physiological reserves. Coupled with this fact is the absence

of public policies that prioritize the effectiveness of primary care as a gateway to the Unified Health System. This audience easily aggravates its health situation, often requiring attendance by the emergency and urgent care services. The objective of the present study was to characterize the care of elderly men by mobile emergency care service - SAMU. This is a cross-sectional, descriptive, exploratory study was developed in SAMU Teresina-PI, collection the attendance records held by SAMU between September and December 2011. The results point to a demand by the SAMU by elderly people, in the evaluated months, mainly by clinical complaints. The findings reinforce the need for more primary care coverage of health strategies that promote a better quality of life, prevention and recovery of their health.

Key words: Answering Services, Elderly, Nursing, Healthy profile.

RESUMEN

La población de edad avanzada ha mostrado un aumento significativo en la esperanza de vida en las últimas décadas, sin embargo, se ha vuelto susceptible a muchos riesgos para la salud debido a la disminución de su reserva funcional fisiológica. Junto con este hecho es la ausencia de políticas públicas que priorizan la eficacia de la atención primaria como puerta de entrada al Sistema Único de Salud - SUS. Este público ha agravado fácilmente su estado de salud, la atención a los servicios de urgencia y emergencia con frecuencia que sea necesaria. El objetivo de este estudio fue caracterizar la atención de los hombres de edad avanzada a través del servicio de atención de emergencia móvil - SAMU. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, exploratorio se desarrolló en SAMU Teresina-PI, se utilizó como medio de registros de asistencia de recopilación de datos llevada a cabo por el SAMU, entre septiembre y diciembre de 2011. Los resultados apuntan a una demanda SAMU por los hombres de edad avanzada en la evaluación, en especial por las quejas clínicas. Los resultados refuerzan la necesidad de mayores estrategias de cobertura de la atención primaria y de salud que promuevan una mejor calidad de vida, prevención y recuperación de la salud del público.

Palavras clave: Servicios de contestadora, Anciano, Enfermería, Perfil de Salud.

RESUMO

A população idosa tem apresentado um aumento significativo na sua expectativa de vida nas últimas décadas, contudo, a mesma apresenta-se suscetível a diversos agravos a saúde devido ao declínio de suas reservas fisiológicas funcionais. Aliada a este fato está a ausência de políticas públicas que priorizem a efetivação da atenção básica como porta de entrada ao Sistema

Único de Saúde - SUS. Este público tem agravado facilmente a sua situação de saúde, muitas vezes sendo necessário o atendimento pelos serviços de urgência e emergência. O objetivo do presente trabalho foi caracterizar o atendimento de homens idosos pelo serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU. Trata-se de um estudo transversal, descriptivo, exploratório que foi desenvolvido no SAMU de Teresina-PI, utilizou-se como meio de coleta de dados os registros de atendimento realizados pelo SAMU entre setembro a dezembro de 2011. Os resultados apontam para uma procura ao SAMU pelos homens idosos, nos meses avaliados, principalmente por queixas clínicas. Os achados reforçam as necessidades de maior cobertura da atenção primária e de estratégias de saúde que promovam melhor qualidade de vida, prevenção e recuperação da saúde deste público.

Palavras-chave: Serviços de atendimento, idoso, Enfermagem, Perfil de saúde.

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar no Brasil é composto por duas instâncias, fixa e móvel, apresentando enorme diversidade de serviços com distintos papéis e formas organizacionais. Tal serviço é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU-192, oficializado pela Portaria nº 1.864/GM2, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da sua implantação no território brasileiro (Brasil, 2006).

A regulação médica das urgências deve ser regionalizada, hierarquizada, descentralizada, pactuada, ter a participação da comunidade e atender aos princípios da integralidade, da universalidade e da equidade. Há a participação de um médico regulador que monitora o

atendimento local via rádio, estabelecendo-se uma rede de comunicação entre a central, as ambulâncias e os serviços que recebem os pacientes. Os serviços de segurança e salvamento também devem ser orientados por esse profissional (Deslandes; Souza, 2010).

O SAMU tem como foco atender às urgências de forma integral, igualitária e com equidade, de acordo com os pressupostos do Sistema único de saúde (SUS), regulando o fluxo de paciente que é atendido desde a atenção básica até níveis de alta complexidade. Porém, observa-se a inexistência de um plano diferenciado no atendimento ao idoso. Uma das dificuldades é a falta de serviços especializados que não acompanha o crescimento dessa demanda (Mello; Moysés, 2010).

A assistência prestada pelo SAMU é executada por dois tipos de equipes, a de suporte básico e a de suporte avançado, e a atenção no ambiente pré-hospitalar é baseada na regulação médica das urgências. As equipes de suporte básico, compostas por condutores e auxiliares/técnicos de enfermagem, realizam medidas de suporte não invasivas, já as de suporte avançado, compostas por condutores, enfermeiros e médicos, executam procedimentos invasivos na assistência de urgências e emergências (Marques; Lima; Ciconet, 2011).

Observa-se no contexto atual da sociedade, uma diferenciação nos indicadores de morbimortalidade quando relacionados ao sexo feminino e masculino, a mortalidade masculina em praticamente todas as idades é mais elevada quando comparada à feminina. Com o avanço da idade, percebe-se uma maior prevalência de deficiência e incapacidade, em mulheres, o que pode ser explicado pela maior sobrevivência destas (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2005).

Com a proposta de fortalecimento da saúde da população masculina, o Ministério da

Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta política objetiva melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Brasil, 2009).

Observa-se uma interface entre a PNAISH e a política nacional de atenção às urgências no que tange à saúde do homem idoso. Por exemplo, embora, como verificado nas estatísticas, reportagens, nos casos de violência no trânsito, nos quais se verifica que as mortes por essas causas são prevalentes em adultos jovens, as taxas de mortalidade apresentam-se crescentes à medida que avança a idade. Ademais, têm-se ainda a busca pelo atendimento pré-hospitalar pelo idoso devido a violências, bem como outros agravos (Gomes; Barbosa; Caldeira, 2010).

Diante desse contexto, esse estudo tem por objetivo caracterizar o atendimento de homens idosos pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório que foi desenvolvido no SAMU de Teresina-PI. Este serviço público/municipal realiza assistência em situações de urgência clínica, traumática, psiquiátrica e obstétrica, em via pública, serviços de saúde ou domicílio, além do transporte de pacientes que necessitam de transferências interserviços de saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e autorização dos departamentos envolvidos no estudo. A popu-

lação de estudo é constituída por pacientes do sexo masculino, a partir de 60 anos de idade, atendidos durante o período de setembro a dezembro de 2011, após a exclusão dos eventos obstétricos devido a tais especificidades não acometerem a população em estudo, obteve-se uma amostra de 1417 sujeitos.

Utilizou-se a ficha de ocorrência do SAMU, que trata-se de um instrumento padronizado que contém dados detalhados do paciente e da ocorrência e agravo ocorrido ao paciente, também lançou-se mão de dados de fonte secundária os quais foram coletados por meio do sistema de informações da central de regulação de urgência do SAMU de Teresina-PI, referentes às solicitações clínicas atendidas no período amostral do estudo.

Posteriormente construiu-se um formulário contendo as variáveis do estudo que incluíam dados sociodemográficos do paciente, natureza da ocorrência, sinais clínicos, condições ao chegar ao destino e procedimentos/intervenções realizados, em seguida os mesmos foram transportados às planilhas do Programa Microsoft Excel 2010, foram realizados cálculos de frequência, médias e então foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, e discutidos à luz da literatura estudada.

O estudo foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí com CAAE: 0162.0.045.000-11, e atende às exigências das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos regidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas informações em 14.654 fichas de ocorrência referentes aos atendimentos realizados pela equipe do SAMU de Tere-

sina com saída de viatura da sede do serviço de urgência durante o período de Setembro a Dezembro de 2011. Deste total, 1.417 (9,7%) indicavam atendimento a homens idosos. O crescente aumento no número de idosos no Brasil acentua as doenças próprias do envelhecimento, provocando aumento da carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso de serviços de saúde (Veras, 2009).

A Tabela 01 aponta a distribuição, por faixa etária, de homens idosos atendidos pelo SAMU de Teresina, no período de Setembro a Dezembro de 2011.

Tabela 01 – Distribuição de homens idosos atendidos pelo SAMU – Teresina-PI, por faixa etária, 2011. (n= 1417)

Idade	f	%
60 a 69 anos	499	35,2
70 a 79 anos	545	38,5
80 a 89 anos	286	20,2
90 a 99 anos	82	5,8
Igual ou maior que 100 anos	5	0,3
Total	1417	100

Fonte: Pesquisa direta, 2012

Observa-se que a maioria dos homens idosos atendidos pelo SAMU de Teresina enquadra-se na faixa etária de 70 e 79 anos (38,5%), 499 idosos atendidos tinham idade entre 60 e 69 anos (35,2%), 286 homens possuíam entre 80 e 89 anos (20,2%), 82 idosos apresentavam idade entre 90 e 99 anos (5,8%), e apenas 5 idosos atingiam a faixa etária de igual ou maior que 100 anos (0,3%).

Acerca dos agravos clínicos atendidos pelo SAMU de Porto Alegre, verificou-

-se que a maior frequência de atendimentos concentrou-se na faixa etária de 41 a 60 anos (27,54%), seguida da faixa entre 61 e 79 anos (24,46%) e de 21 a 40 anos (14,80%). Tais resultados assemelham-se aos achados deste estudo (Marques; Lima; Ciconet, 2011),

A prevalência de doenças crônicas apresenta-se proporcional à idade, e mais significativa ainda nos idosos. Esse fator implica em limitação das atividades diárias e contribui para a diminuição da qualidade de vida dos idosos. A limitação de atividades geralmente é maior em mulheres, enquanto que a mortalidade prevalece no grupo masculino (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2005).

A seguir, o Gráfico 01 dispõe da distribuição dos tipos de ocorrências que acometem os homens idosos que foram atendidos pelo SAMU de Teresina no período de Setembro a Dezembro de 2011.

Gráfico 01 – Distribuição dos tipos de ocorrências que acometem os homens idosos atendidos pelo SAMU – Teresina/PI, 2011. (n= 1417)



Fonte: Pesquisa direta, 2012

Diante dos diversos tipos de ocorrência atendidos diariamente pelo SAMU, no grupo estudado verifica-se a predominância de solicitações de atendimento em função de urgência clínica (63,4%). Observou-se 114 solicitações do serviço para realização de transferências

(8,0%), 68 chamadas devido a quedas (4,8%) e 58 atendimentos a vítimas de acidentes de trânsito (4,1%). As agressões físicas representaram 0,8% dos casos atendidos, e as urgências psiquiátricas somaram 0,3% do total de solicitações. Foram registradas 213 ocorrências por motivos diversos aos já citados (15,0%). Verificou-se que em 49 solicitações atendidas o tipo de ocorrência não foi registrado na ficha de ocorrência do serviço.

A prevalência de ocorrências por causas clínicas observada neste estudo, também é evidenciada em outros estudos acerca de atendimentos pelo SAMU e em diversas faixas etárias. Em estudo sobre as ocorrências atendidas pelo SAMU entre fevereiro e junho de 2006 em um município do nordeste brasileiro, encontraram a prevalência de atendimentos por causas clínicas (57,0%), seguido das causas externas (32,9%) e remoções (7,3%), sendo maior a incidência de atendimentos a idosos, que representaram também um terço dos atendimentos por causas clínicas (Cabral; Souza, 2008).

Os agravos clínicos constituem situações de alteração das condições vitais do indivíduo nas quais é necessária uma intervenção precoce e qualificada, ocasionando a procura por serviços de saúde, dentre os quais inclui-se os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Marques; Lima; Ciconet, 2011). Nas situações de urgência clínica registradas no presente estudo observou principalmente agravos cardiológicos, neurológicos e metabólicos. Incluem-se nos registros: diabetes mellitus descompensada, perda da consciência, cefaleia intensa, acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) dentre outras situações.

As taxas de mortalidade e morbidade por AVC e IAM crescem progressivamente com o avanço da idade. A detecção precoce destes agravos além da qualidade da atenção secundária

dária e terciária é importante por contribuir para o aumento da sobrevivência destes pacientes (Luz;Junger;Cavalini, 2010).

A Tabela 02, apresentada a seguir, aponta a distribuição das variáveis analisadas no momento do atendimento realizado pelo SAMU de Teresina a homens idosos, no período de Setembro a Dezembro de 2011. Foram abordadas variáveis referentes à circulação, estado neurológico, condições de entrada no hospital e ocorrência de óbito.

Tabela 02 – Distribuição de sinais clínicos no momento do atendimento a homens idosos pela equipe do SAMU – Teresina/PI, 2011. (n= 1417)

Variável	f	%
CIRCULAÇÃO		
Pulso		
Ausente	34	2,4
Forte	990	69,9
Fraco	86	6,1
NR	307	21,6
Pressão arterial		
Hipertenso	384	27,1
Hipotenso	128	9,0
Normotenso	330	23,3
NR	575	40,6
Sangramento		
Presente	107	7,6
Ausente	828	58,4
NR	482	34,0
ESTADO NEUROLÓGICO		
Nível de consciência		
Alerta	908	64,1
Responde a comando	133	9,4
Responde a dor	66	4,7
Não responde	83	5,8
NR	227	16,0
Pupilas		
Isocóricas	1034	72,9
Anisocóricas	25	1,8
NR	358	25,3
Fala		
Normal	810	57,2
Confusa	145	10,2
Nenhuma	186	13,1
NR	276	19,5
CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL		
Melhor	62	4,4
Pior	8	0,6
Inalterado	584	41,2
NR	763	53,8
OCORRÊNCIA DE ÓBITO		
Antes do socorro	39	2,7
Antes do transporte	4	0,3
Durante o transporte	4	0,3
NR ou não houve óbito	1370	96,7

Legenda: NR - Não registrado na ficha de ocorrência

FONTE: Pesquisa direta – 2012

Na categoria Circulação, observa-se que os homens idosos, em geral, apresentam pulso forte (69,9%), ausência de sangramento (58,4%) e até pico hipertensivo (27,1%) durante o atendimento. Verifica-se que, na maioria dos atendimentos (40,6%), não foi registrada na ficha de ocorrência a pressão arterial do paciente. A identificação do estado neurológico dos pacientes atendidos permite verificar que a maioria apresenta-se consciente e alerta (64,1%), com pupilas isocóricas (72,9%) e fala normal (57,2%).

As condições de circulação e estado neurológico no momento do atendimento permitem traçar o perfil dos atendimentos ao grupo estudado, quanto a dados referentes a pressão arterial, pulsação, sangramento, nível de consciência, condições de fala e pupilas. Além de orientar a equipe do serviço pré-hospitalar móvel, tais informações servem de base para o atendimento hospitalar. Entretanto este dado, em muitos casos, não chega a ser registrado na ficha de atendimento, dificultando a identificação das condições gerais do paciente e do trabalho da equipe.

Quanto à condição de entrada do paciente no hospital de destino, em mais da metade dos casos (53,8%) este dado não foi registrado na ficha de atendimento. Nas fichas em que há esse registro, observa-se que na maioria dos atendimentos (41,2%) não houve alteração do estado de saúde do paciente até a entrada no hospital de destino. A condição de entrada do paciente no hospital de destino configura importante instrumento para avaliar a evolução do transportado durante todo o percurso e mediante o atendimento da equipe do SAMU. A subnotificação observada na maior parte dos casos compromete uma avaliação sobre tal informação.

Quanto a ocorrência de óbito, foram registrados 39 óbitos antes do atendimento pela

equipe do SAMU, 4 óbitos antes do transporte e 4 durante o transporte. Contudo, 96,7% das fichas de ocorrência não informavam sobre a ocorrência ou não de óbito da vítima atendida. Ressalta-se que no instrumento utilizado pelo SAMU para registro das informações, quanto a ocorrência de óbito, dispõe-se das seguintes alternativas: antes do socorro, antes do transporte e durante o transporte, porém não há alternativa sobre a não ocorrência de óbito. Desta forma, nas fichas em que este campo não foi preenchido, não há como inferir sobre a influência da subnotificação de tal dado. Tal subnotificação, em que os desfechos não foram registrados nas fichas de atendimento, também foi encontrada em outros estudos (Marques; Lima; Ciconet, 2011).

O panorama atual do Brasil quanto a morbimortalidade masculina assemelha-se ao padrão de outros países, em que os coeficientes de mortalidade masculina apresenta-se cerca de 50% maiores em relação ao sexo oposto. Segundo os autores, dentre as causas desse dado, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências (Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2005).

Gráfico 02 – Frequência dos procedimentos realizados durante atendimento a homens idosos pelo SAMU de Teresina.



Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Embora durante o atendimento ao homem idoso em diferentes situações exija a realização de procedimentos diversos, este dado muitas vezes deixa de ser notificado. Foram registrados 609 procedimentos realizados no total de ocorrências atendidas, entretanto, em muitas fichas de atendimento esse dado não foi informado. Verifica-se que os principais procedimentos realizados envolvem principalmente a administração de oxigênio (40,2%) e o teste de glicemia capilar (29,9%), e incluem ainda a administração de medicação (9,4%), realização de curativos (5,4%), uso de prancha longa (4,3%), imobilização de extremidades (4,1%), colar cervical (2,6%), aspiração (1,3%), e reanimação cardiopulmonar (0,7%), dentre outros procedimentos não especificados (2,1%).

Verificou-se em estudo realizado no SAMU avançado de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, observou-se que dentre os procedimentos mais realizados destacam-se a oximetria de pulso (33%), administração de oxigênio (29%), medicação endovenosa (12%), e outros tipos de procedimentos diversos (19%) (Moi; Pettenon, 2011). Tais resultados assemelham-se aos achados do presente estudo.

Observa-se que o envelhecimento populacional aliado à prevalência de doenças crônicas crescente conforme a idade têm sido refletida nos atendimentos a idosos pela equipe do SAMU. Além disso, deve ser considerado o fato de que os homens ainda se mostram resistentes a buscar os serviços de saúde, e que diversos agravos motivadores das ocorrências citadas poderiam ser evitados com ações da atenção básica. Destaca-se a importância de políticas públicas voltadas a homens e idosos, bem como a real efetivação das mesmas para alcançar uma redução da ocorrência de agra-

vos, melhor qualidade de vida e maior sobrevida dos homens idosos.

CONCLUSÃO

A saúde do homem idoso constitui uma área ainda pouco explorada, porém em fase de expansão. A produção científica acerca do atendimento pré-hospitalar destinado a essa população é ainda mais escassa, demonstrando a necessidade de pesquisas e produção de conhecimento nesta temática.

Diante dos dados coletados, observa-se que as solicitações de atendimento a homens idosos pelo SAMU-Teresina representaram 9,7% do total de atendimentos realizados por este serviço. A análise das categorias estudadas permite verificar que diversas variáveis não são registradas de maneira adequada, comprometendo a análise e avaliação de alguns itens. Quanto à idade verificou-se a maioria dos homens idosos atendidos pelo SAMU de Teresina enquadrar-se na faixa etária de 70 e 79 anos (38,5%).

O estado neurológico dos pacientes atendidos permite verificar que a maioria apresentava-se consciente e alerta (64,1%). Quanto à circulação, prevaleceu a pulsação forte (69,9%), pico hipertensivo (27,1%) e ausência de sangramento (58,4%). Em 41,2% dos casos o estado de saúde do paciente permaneceu inalterado até a chegada ao hospital. Foram registrados 47 óbitos (3,3%), sendo a maioria de ocorrência antes da chegada do socorro pela equipe do SAMU. Dentre os procedimentos realizados os mais citados foram administração de oxigênio (40,2%), teste de glicemia capilar (29,9%) e administração de medicação (9,4%).

As principais causas de solicitação de atendimento a homens idosos foram as urgências clínicas, ressaltando o avanço das taxas de

morbimortalidade por AVC e IAM, dentre outros, paralelamente ao avanço da idade. Tal fato implica na importância da atenção primária em saúde a fim de evitar e reduzir os riscos de tais agravos, bem como da atenção secundária na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Dessa maneira foi possível ao longo desse estudo obter conhecimentos acerca do trabalho desenvolvido pela equipe do SAMU, já que este funciona como um elo entre os diferentes níveis de assistência da saúde e compreender a situação do homem idoso no panorama de atendimento pré-hospitalar móvel contribuindo desse modo na promoção de políticas públicas voltadas a sua assistência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. 3ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Cabral, A.P.S. y Souza, W.V. (2008). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Epidemiol*, 11(4), 530-40.
- Chizzotti, A. (2001). Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 5.ed. São Paulo: Cortez.
- Ciconet, R.M., Marques, G.Q. y Lima, M.A.D.S. (2008). Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educaçã.*, 12(26), 659-666.
- Deslandes, S.F. y Souza, E. (2010). Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde coletiva*, 15(6), 2775-2786.

- Gomes, L.M.X., Barbosa, T.L.A. y Caldeira, A.P. (2010). Mortalidad por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. *Esc. Anna Nery Rev. Enf*, 14(4), 779-786.
- IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 12 de abril de 2011. Síntese de Indicadores Sociais. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1> Acesso em: 10 de abril de 2011.
- Laurenti, R., Jorge, M.H.P.M. y Gotlieb, S.L.D. (2005). Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1), 35-46.
- Leopardi, M.T. (2002). Metodologia da pesquisa na saúde. 2.ed. Florianópolis (SC): UFSC.
- Luz, C.C., Junger, W.L. y Cavalini, L.T. (2010). Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de Minas Gerais. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 56(4), 452-457. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01044230201000040001> 9&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000400019>.
- Marconi, M.A. y Lakatos, E.M. (2003). Fundamentos de metodologia científica. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- Marques, G.Q., Lima, M.A.D.S. y Ciconet, R.M.. (2011). Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS. *Acta paul. Enferm*, 24(2), 185-191.
- Mello, A.L.S.F. y Moyses, S.J. (2010). Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, 15(6), 2709-2718.
- Moi, E.C. y Pettenon, M.K. (2011). Perfil de atendimentos realizados pelo serviço de atendimento móvel de Urgência- SAMU. Defesa Trabalho de Conclusão de Curso. UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio, Rio de Janeiro.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 43(3), 548-544.



La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan

The health care of the male population in times National Policy for Integral Attention to Men's Health: what they say

O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam

Maria Elizabete Rodrigues Viana¹; Laís de Miranda Crispim Costa²; Regina Maria dos Santos³; Danielly Santos dos Anjos⁴

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

²Enfermeira. Enfermeira, mestre em enfermagem, professora da assistente da Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, doutoranda do Programa de Pós-graduação e Pesquisa da Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³Enfermeira, pós-doutora em enfermagem, professora associada da ESENFAR.

⁴Enfermeira, mestre em enfermagem, professora auxiliar da ESENFAR.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rodrigues Viana, M^a. E., Crispim Costa, L. M., dos Santos, R.M^a. y dos Anjos, D.S. (2015). O cuidado à saúde da população masculina em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o que eles falam. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.16>>

Correspondência: Maria Elizabete Rodrigues Viana. Av. Rosalvo Borges da Silva Nº 13, Santos Dumont, Maceió- AL, CEP:57075-260. Tel: (82) 87374783

Correo electrónico: beterviana@gmail.com

Recibido: 13/11/2014; Aceptado: 22/02/2015



ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationship of man with their health care. Even though there are advances in healthcare, many men have the idea that the Basic Health Units (BHU) services are intended for women, children and elderly. This was a qualitative study, an exploratory / descriptive, as subjects had 20

men enrolled in BHU, whose testimonies were collected through a semi-structured interview, and all recorded and transcribed for later analysis and interpretation . The results showed that the culture historically established that man is to be strong and that therefore any sign of illness or even a behavior with your health care demonstrates his vulnerability, only contributes to making ill-health; the everyday life of being male influence in weakening or removal of the men on questions of self-care and the search for health services; and that all men surveyed are unaware of the National Policy for Integral Attention to Men's Health. The study contributes to reflections about the Family Health Strategy forward to planning actions to improve the health care of the man.

Keywords: Men's health. Policy. Nursing. Primary Care

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación del hombre con su atención médica. A pesar de que hay avances en la asistencia sanitaria, muchos hombres tienen la idea de que los servicios de Unidades Básicas de Salud (UBS) están destinados a las mujeres, niños y ancianos. Este fue un estudio cualitativo, exploratorio / descriptivo, ya que los sujetos tenían 20 hombres inscritos en UBS, cuyos testimonios fueron recogidos a través de una entrevista semi-estructurada, y todas grabadas y transcritas para su posterior análisis e interpretación. Los resultados mostraron que la cultura establecida históricamente que el hombre es ser fuerte y que, por tanto, cualquier signo de enfermedad o incluso un comportamiento con el cuidado de la salud demuestra su vulnerabilidad, sólo contribuye a hacer de la mala salud; la vida cotidiana del ser influencia masculina en el debilitamiento o la eliminación de los hombres en cuestiones de auto-cuidado y la búsqueda de servicios de salud; y que todos los hombres encuestados no son conscientes de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres. El estudio contribuye a la reflexión sobre la Estrategia de Salud de la Familia a plazo para la planificación de acciones para mejorar la atención de la salud del hombre.

Palabras clave: Salud del Hombre. Política. Enfermería. Atención primaria.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação do homem com o cuidado a sua saúde. Mesmo existindo avanços na área da saúde, muitos homens têm a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos. Tratou-se de um estudo qualitativo, do tipo

exploratório/descriptivo, que teve como sujeitos 20 homens cadastrados em UBS, cujos depoimentos foram colhidos através de uma entrevista semi-estruturada, sendo todas gravadas e transcritas, para posterior análise e interpretação. Os resultados mostraram que a cultura instituída historicamente de que o homem é um ser forte e que, portanto, qualquer sinal de adoecimento ou mesmo de um comportamento de cuidado com sua saúde demonstre sua vulnerabilidade, apenas contribui para tornar a sua saúde fraca; que a vida cotidiana do ser masculino influencia na fragilização ou afastamento dos homens nas questões de autocuidado e na busca pelos serviços de saúde; e, que todos os homens entrevistados desconhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O estudo contribui para reflexões acerca da Estratégia de Saúde da Família frente ao planejamento de ações que melhorem a assistência à saúde do homem.

Palavras-chave: Saúde do homem. Política. Enfermagem. Atenção primária.

INTRODUÇÃO

Enquanto mecanismo para a prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitui numa das principais vias para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil, atuando no nível da atenção primária à saúde, de forma a buscar o seu alvo para implementar ações que contribuam para o sucesso no alcance das suas metas, onde o enfermeiro é peça fundamental para que essas ações sejam implementadas satisfatoriamente, uma vez que exerce o papel de promotor da saúde, atuando na atenção prestada nas Unidade de Saúde da Família (USF) por meio do contato direto com a po-

pulação durante as consultas, palestras, atividades educativas em semanas comemorativas, visitas domiciliares, busca ativa de pacientes e também enquanto líder da equipe multiprofissional (Aguiar, Almeida, 2012)

Apesar dos avanços, muitas pessoas ainda acreditam na ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços destinados para mulheres, crianças e idosos, tendo em vista que a presença masculina não é constante e, quando acontece é em número bem mais reduzido. Por isso, essa ausência dos homens nesses serviços é associada a uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização (Rodrigues, Ribeiro, 2012).

Silva, S. et al. (2012) relata que há uma exigência, socialmente construída, de que o homem seja física e psicologicamente forte, resultando em uma figura que rejeita cuidar de si, adiando ou negando tratamentos preventivos e de promoção e de proteção da saúde. Neste sentido, verifica-se que o processo de adoecimento torna-se de difícil aceitação e, embora se possa até reconhecer a importância da prevenção para a saúde em geral, não há a adoção na prática de tais comportamentos, nem tampouco há a busca, para fins preventivos, dos serviços de saúde, o que determina que riscos e doenças, quando existentes, sejam de difícil detecção e tratamento pelos profissionais.

Os homens, de uma maneira geral, relatam alguns motivos para não procurarem os serviços de saúde, principalmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: o tempo que gastam para agendar as consultas; as filas de espera; e, o atendimento em horário de trabalho. Este fatores se refletem na (in)disponibilidade dos homens a buscar os serviços de saúde. Para a maioria deles, o trabalho está



em primeiro lugar, onde a saúde só se torna uma prioridade quando começa a impossibilitar esses homens de exercer suas atividades cotidianas, sejam elas laborativas ou, muitas vezes, sexuais (Aguiar, Almeida, 2012).

E esse problema é agravado quando falam das dificuldades associadas à entrada no serviço, à falta de ações direcionadas aos homens na unidade de referência, à limitação dos horários de atendimento e à falta de preparo dos profissionais para atuar com essa problemática específica. Tais situações não favorecem a procura pelo serviço de saúde, aumentando a incidência de morbidades no público masculino (Mendonça, Andrade, 2010).

Para melhorar a assistência a PNAISH alinhada a PNAB, trás como objetivo primordial facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, fortalecendo a assistência básica no cuidado com o homem, assim como formar e qualificar os profissionais para o devido atendimento deste público. Ainda dentro desse contexto, visa ampliar o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que mais atingem a população masculina e estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde (Brasil, 2009).

Diante de todo o exposto e considerando a implantação da PNAISH em 2009 no cenário brasileiro, esse estudo teve como objetivo analisar a relação do homem usuário do serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) com o cuidado a sua saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo que abrange a coleta e a apreciação sistemática de materiais descritivos mais sugestivos, utilizando metodologia selecionada pelo pesquisador. O método qualitativo segue uma sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da coerência interna do grupo ou do processo em estudo (Minayo, 2010).

A finalidade das pesquisas exploratórias é o aperfeiçoamento das ideias e descobertas de intuições, já as descritivas seguem no curso da descrição peculiar a um determinado grupo. A metodologia empregada é uma forma de validar o conhecimento, as quais estão diretamente vinculadas com a experiência estudada. O processo de exploração dos dados não é um acontecimento isolado, pois ainda envolve observação e análise do contexto, podendo adaptar-se a realidade estudada se existir necessidade (Leopardi, 2002).

O estudo foi realizado em comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde da Família do 6º e 7º Distrito de Saúde da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Os participantes foram vinte homens usuários do SUS. Cada um escolheu um pseudônimo para ser utilizado neste estudo. Os participantes da pesquisa atenderam aos seguintes requisitos: possuir capacidade cognitiva, estar com idade entre 25 a 59 anos e aceitar participar do estudo. Foram excluídos os que não residiam no 6º e 7º Distrito de saúde do município de Maceió e não

estavam cadastrados em uma unidade saúde. A amostra foi construída aleatoriamente onde os sujeitos foram abordados nas unidades de saúde, na rua e em suas casas e convidados a participar do estudo.

Primeiramente foi feito um pré-teste para assegurar que as questões permitiriam analisar o fenômeno em questão. Foi detectado, contudo, que o roteiro utilizado encontrava-se adequado para pesquisa. Leopardi (2002) diz que a confiabilidade da pesquisa é assegurada na detecção de erros que podem interferir no entendimento das perguntas pelo sujeito, por isso faz necessário um pré-teste.

A análise foi realizada a partir de um processo de organização dos dados produzidos. Todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e arquivadas em documentos em Word e em seguida foi realizada a leitura exaustiva das falas dos participantes, retirando os núcleos de sentido que foram organizados em um quadro para análise do conteúdo, tendo como foco o objetivo do estudo. Esse quadro foi organizado em categorias que se condensaram à medida que o estudo prosseguiu.

Foi utilizado a Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática, que se refere a uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, através da busca da interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (Minayo, 2010).

Obedecendo as normas que regem Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas via Plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 22937213.2.0000.5013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo chama atenção para as seguintes questões: a maioria são trabalhadores assalariados que vive em média com um salário mínimo, ocupando seu tempo com o trabalho, que exige força, e que dificulta a busca por atendimento em uma unidade de saúde. Composta por homens na faixa etária produtiva, apresentando-se da seguinte maneira: 40 % correspondiam a homens de 25- 35 anos, 30% de 36 a 45anos e também 30% de 46 a 59 anos. É importante enfatizar que os homens do estudo são os responsáveis pelo sustento de casa, pela amostra 50% declaram-se casados, 5% união estável e 45% solteiros, sendo que no momento da entrevista apenas dois, dos quais se declaravam solteiros não morava com companheira. Considerando que a escolaridade também pode influenciar no conhecimento dos homens sobre os cuidados com a saúde, convém destacar que neste estudo 35% dos participantes tem segundo grau completo, 30% primeiro grau completo, 10% fundamental completo e 25% fundamental incompleto (analfabeto funcional).

Nessa investigação, procurou-se problematizar os discursos acerca do assunto em questão. O foco deste estudo manteve-se na relação do homem sobre o cuidado com sua saúde, onde emergiram as seguintes categorias: 1) Homem forte X saúde fraca; 2) A vida cotidiana na contramão dos serviços de saúde: pai de família não pode adoecer; 3) Política? Se tem, não sei!

Homem forte X saúde fraca

Esta categoria discute o homem como um ser forte, doença como sinal de fragilidade e serviços de saúde como local dirigido aos mais fracos: crianças, mulheres e idosos. Desde cedo os meninos são estimulados a se expor a

riscos e ter domínio de seus sentimentos, não chorando em público e mostrando-se sempre preparados a dar resposta à provocação. Essa forma de socialização expõem os homens a situações de risco, situação preocupante, pois deixam de lado o cuidado com a sua saúde, que é visto como demonstração de fraqueza, coisa de mulher. Na fase adulta, essa forma de lidar com a saúde traz consequências trágicas, como demonstram os números da mortalidade e morbidade masculinas (Duarte, Oliveira, Souza, 2012).

Ainda na contemporaneidade a literatura aponta a complexidade em compreender a relação entre masculinidade e cuidado com a saúde do homem. Historicamente nossa sociedade se comporta de maneira patriarcal, onde o masculino está associado à questão de força e virilidade. Ao longo do tempo ser homem esteve relacionado com atos de coragem, atividade que exija maior esforço físico, expressão de sentimentos de choro e de medo. (Maciel, 2009). Esse aspecto é retratado na seguinte fala:

“tenho que mostrar que sou homem. Que não adoço, que estou forte”. (Nego).

Segundo Noca (2011) a ideia de masculinidade como ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável são percepções que podem tornar os homens mais favoráveis às doenças e/ou aos agravos da saúde, pois estimula que os mesmos se desinteressem pela adoção de hábitos preventivos. Somam-se a este fato a não procura pelos serviços de saúde, o que contribui para a invisibilidade da figura masculina nestes espaços, situação culturalmente já construída.

No estudo de Knauth, Couto, Figueiredo (2012) são atribuídas algumas características

de gênero aos homens, a partir de observações realizadas em serviços. Dentre os fatores que dificultam a busca pelos serviços destacam-se o machismo, que é associado à ideia de que “homem não adoce” e ainda aos comportamentos tidos como tipicamente masculinos. Isso se confirma com as falas de alguns entrevistados:

“Homem não adoce. Homem não chora. Tem aquela... acho que vem da criação”. (Nego).

“Procura médico quem está doente”. (Zé).

“Porque da minha parte eu não estou sentindo nada, sou uma pessoa saudável (...). Como é que eu vou procurar se eu não estou sentindo nada?”. (João).

Quanto aos motivos que dificultam a busca aos serviços de saúde apresentam-se, a vergonha em expor seu corpo a alguém desconhecido, principalmente quando se trata da região anal, como é o caso do exame do toque retal, que é importante para a prevenção de câncer de próstata (Brito, Santos, 2010). Fato também relatado pelos participantes da pesquisa:

“As vezes não é nem medo, as vezes é o homem tipo... tipo... as vezes é vergonha também”. (Gilson).

“Você vai, tá com medo de ser examinado”. (Nona).

Segundo Figueiredo (2008), a sociedade cobra dos homens um papel social que não lhes permite cuidar da saúde. A obrigação de se mostrar forte e detentor de um poder socialmente instituído contrapõem-se a qualquer possibilidade de um homem se perceber com um tipo de necessidade de saúde, pois essa expressa à ideia de fragilidade. Nesse caso os homens acabariam se sentindo como

se estivessem perdendo seu poder, o que gera neles a sensação de medo e demonstração de fraqueza.

Não é dado ao homem o direito de transparecer suas fragilidades, pois a sociedade impõe ao homem uma postura de potência e invulnerabilidade. Não é permitido ao homem chorar, se emocionar, evidenciar o medo ou a ansiedade. Dessa forma, procurar um serviço de saúde torna-se um ato de fragilidade, onde o homem não deve procurar tratamento ou prevenção de riscos a sua saúde (Silva, P. et al 2012). Medo esse evidenciado nos usuários entrevistados, confirmando o que a literatura traz:

“Medo. É medo de você... descobrir alguma doença grave(...) as vezes tenho medo de descobrir que estou com câncer”. (Nego).

“A maioria dos homens têm receio sim, tem vergonha, se tem alguma coisa, tem medo (...) principalmente o exame de próstata”. (Verde).

Para Alves et al (2011) o motivo que desencadeia a procura pela unidade de saúde ainda é o medo do câncer de próstata, o que também é relatado por outros autores, e que neste estudo mostrou que o motivo para busca pelo médico está relacionado a este problema:

“Eu venho por prevenção. No caso eu vim aqui no ano passado, eu vim aqui fazer o P.S.A”. (Bem).

“No caso pra fazer exame de próstata”. (Alves)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2008), entre as patologias exclusivas do homem, o câncer de próstata é o alvo das políticas públicas devido as altas taxas de incidência

e mortalidade, o que faz deste câncer, o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma.

Nesse contexto, a maioria dos homens só procura os serviços de saúde quando apresenta um quadro agudo de alteração da sua saúde. Além da preocupação com o Câncer de próstata é observado que os homens procuram atendimento nas UBS com a finalidade de prevenção para as DST's. Apesar dessa procura, é perceptível em alguns diálogos o medo/receio e resistência à busca por atendimento mesmo sabendo dos riscos que correm:

“a pessoa tem que se prevenir né? Se prevenir de certas doenças, de uma série de coisas. E das doenças... as doenças transmissíveis.” (Tota).

“que pegou AIDS fora, saindo com mulher (...) ou qualquer outro tipo de doença”. (Nego).

Gomes (2003) enfatiza que muitas doenças poderiam ser evitadas, por meio de ações preventivas, mas a negação da população masculina quanto à prevenção ainda é notória, tendo em vista, alguns pensamentos conservadores e alguns hábitos de vida que não conseguem mudar:

“Nunca me preocupei assim de procurar o médico de imediato(...)”. (Brenda).

“Eu mesmo não estou fazendo nada para manter a saúde”. (Verde).

Para Maciel (2009) conseguir alcançar o público masculino com ações de prevenção e promoção à sua saúde requer mudanças que perpassam por amplas questões. Com isso deve-se entender que o trabalho das equipes transdisciplinares de saúde deveriam estar qualificadas para proporcionar consciência em

saúde, trabalhando com uma lógica de reorganização das práticas voltadas para promoção e qualidade de vida dos homens colaborando com a busca de uma sociedade comprometida com seu próprio bem-estar (Oliveira et al., 2013).

A vida cotidiana na contramão dos serviços de saúde: pai de família não pode adoecer

O estilo de vida imposto à população masculina gera estresse, sedentarismo, má alimentação e práticas de comportamento não saudáveis e de risco. O estudo de Alves et al. (2011) mostra que os homens se consideram mais acomodados/desleixados, no que se refere à procura da atenção primária, justificado também por serem o provedor da casa, cultivarem uma conduta machista de apenas cuidar da saúde em situações extremas, se depararem com mais dificuldades nos atendimentos, necessitarem agir de forma violenta, acordarem cedo, dedicarem a vida apenas para o trabalho, além de aspectos pessoais ligados a grosseria e ignorância:

“Os homens são mais relaxados (...)”. (Gilson)

“Devido ao tempo, ao trabalho de segunda a sexta-feira(...)”. (Galego).

Sobre este aspecto, outro fator importante é a dificuldade que os homens têm de comunicar no trabalho quando estão doentes, principalmente quando se trata de doença crônica. Existem relatos de homens que foram demitidos em decorrência de doença, acontecimento que favorece negativamente sob a conduta masculina quanto à busca pelos serviços de saúde e o encobrimento dos casos de dor. As atitudes dos homens se explicam tanto pelo caráter cultural quanto pelas questões de falta

de tempo de ir ao médico devido à carga horária extensa da atividade laboral (Alves et al., 2011).

Segundo Aguiar e Almeida (2012, p. 144) “para a maioria deles, o trabalho está em primeiro lugar, onde a saúde só se torna uma prioridade quando começa a impossibilitar esses homens de exercer suas atividades cotidianas, sejam elas laborativas ou, muitas vezes, sexuais”.

“Homem tem medo de perder o emprego (...).- “Então você não tem o direito de adoecer. Pai de família não tem o direito de adoecer, por conta disso”. (Nego)

“A mente do homem é mais trabalho é mais a parte financeira”. (Gilson)

Knauth, Couto e Figueiredo (2012) afirmam que um dos motivos que afasta os homens dos serviços de saúde é o receio de ser penalizado no trabalho por se ausentar para consulta médica, mesmo que recebam atestado para tal. No estudo realizado por esses pesquisadores os entrevistados sinalizam para o fato de que muitas empresas e indústrias locais só abonam a falta mediante atestado médico, o que não é fornecido pelos serviços de saúde no caso de marcação de consulta, participação de grupos, busca de medicamentos e outras atividades vinculadas à prevenção.

Outro fator importante é que ao mesmo tempo, homens que não se identificam como do grupo de risco, só procuram pelos serviços de saúde quando a doença já está instalada ou em estágio avançado. O desafio, portanto é trazer os homens aos serviços de saúde de modo que os indicadores de promoção da saúde masculina possam ser melhorados, ou seja, para que a integralidade da atenção à saúde seja alcançada englobando o público mascu-

lino como um todo (Duarte, Oliveira, Souza, 2012).

“Só venho no posto para pegar camisa(...)”. (Brenda).

“Vai em uma farmácia eles passam medicamento(...) (...) alguma coisa compra um comprimido, mas não gosta de médico(...)”. (Gilson).

Quando não reconhecemos os homens como possíveis sujeitos de cuidado, deixamos de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecemos casos em que eles demonstram tais comportamentos. Essa visão dos profissionais cria uma imagem do homem que não cuida nem de si nem de outras pessoas e, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos rotineira, contribuindo para a invisibilidade masculina nos serviços (Couto et al., 2010).

Essa invisibilidade é decorrente de fatores socioculturais se refletem na ausência dos homens nos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), usando a justificativa de que não tem tempo. Alegam não poder sair ou faltar o trabalho para buscar os serviços de saúde, principalmente quando se trata do SUS, alegam também perder muito tempo nas filas para agendar as consultas, demora em serem atendidos, atendimento no horário de trabalho e esses problemas seriam o reflexo na (in) disponibilidade dos homens a buscar os serviços de saúde (Aguiar, Almeida, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde a morosidade e as dificuldades que existem no atendimento são fatores que desqualificam as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. Aspecto também descrito na PNAISH, a qual enfoca que a baixa procura dos homens a unidade básica está nas filas, que causam a perda de um dia inteiro de trabalho e seus problemas

não são resolvidos numa única consulta (Brasil, 2008), o que se confirma nas falas abaixo:

“Chego no local de atendimento três, quatro horas da manhã (...)”. (Zé).

“Não ando [no serviço] porque às vezes é tempo que não tem (...)”. (Gilson).

De acordo com Silva et al. (2012, p. 564), fatores que influenciam nessa discussão está ligado a estruturação dos serviços de saúde, no que diz respeito a recursos humanos e materiais, tanto quantitativo como qualitativo, espaço físico adequado para acolher e atender o público masculina reforça a baixa procura dos homens pelos serviços de atenção primária. A ausência de uma metodologia assistencial leva a uma desorganização no atendimento, somando-se a carência de diversificados recursos, provoca uma queda na qualidade do atendimento, o que acaba por afastar cada vez mais o usuário.

Política? Se tem, não sei!

A PNAISH demonstra o reconhecimento dos agravos da saúde masculina como problemas de saúde pública. Essa política tem por objetivo promover ações que contribuam para a concepção da realidade singular masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, além de levar em consideração os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão (Brasil, 2009).

Por meio da pesquisa realizada foi possível constatar que os homens, entrevistados neste estudo, em unanimidade desconhecem a política, fato esse que deve ser avaliado buscando conhecer quais as formas de divulgação e estratégias realizadas para que os homens tomem conhecimento, artifício este, que visa



beneficiar a saúde masculina. Ao perguntar se eles conheciam alguma política de saúde voltada para o homem, as respostas foram negativas como seguem algumas abaixo:

“Não, conheço não”. (Fabinho).

“Não, não conheço não.” (Senhor 1).

“No momento nenhuma”. (Zé).

De acordo Brasil (2009) essa política vem promover melhoria nas condições de saúde da população masculina do Brasil, visando contribuir para redução da morbidade e mortalidade através dos trabalhos voltados para redução dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, contribuindo, de modo efetivo, para as ações e os serviços de assistência integral à saúde. Mesmo com essas vantagens os homens ainda desconhecem a política, como descreve a fala abaixo:

“Eu não conheço, porque não procuro direto o posto. Só procuro mesmo pra pegar medicamento...”. (Negão).

No entanto, o planejamento dessas ações é dificultado pelo fato dos usuários e profissionais ter pouca ou nenhuma familiaridade com a política. A maioria dos profissionais, como citado em estudo de Leal, Figueiredo, Silva (2012) referem nunca terem entrado em contato com qualquer documento referente

à PNAISH, e muito menos ter recebido alguma forma de capacitação, sendo esta a maior dificuldade para a implantação da PNAISH, seguida da falta de um conhecimento mínimo sobre a atenção à saúde dos homens.

Com isso, há uma necessidade de mudança de paradigmas da percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde citada pela política. A mudança precisa de tempo e de um direcionamento correto, uma vez que os homens precisam perceber que são vulneráveis às doenças e o governo deve compreender as distintas formas de masculinidades existentes (Strey, Kohn, 2012).

Nesse sentido, é possível a mudança no cuidado dos homens com a sua saúde, a partir da compreensão das formas de ser homem, e partindo desse princípio rever o modo de como eles são acolhidos nos serviços de saúde, com isso a política vem com o intuito de modificar e inseri-los como integrantes dos serviços. A forma como isso acontecerá depende não só da abertura dos homens para um cuidado maior com a sua saúde, mas também da mudança de atendimento por parte dos(as) profissionais de saúde, que devem acolher as demandas masculinas e não limitar apenas a um foco sexual e reprodutivo (Strey, Kohn, 2012).

CONCLUSÃO

Discutir o cuidado à saúde do homem em tempos de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se configura como uma temática bem instigante. Os resultados encontrados neste estudo mostraram que a cultura instituída historicamente de que o homem é um ser forte e que, portanto, qualquer sinal de adoecimento ou mesmo de um comportamento de cuidado com sua saúde demonstra sua vulnerabilidade apenas contribui para tornar a sua saúde fraca, tal como propõe

a primeira categoria emergida: homem forte X saúde fraca. A vida cotidiana do ser masculino influencia na fragilização ou afastamento dos homens nas questões de autocuidado e na busca pelos serviços de saúde, seja pela organização destes serviços, que se não se adequam a atividade laboral da clientela masculina, seja pela própria dinâmica individual de cada um destes homens.

Por meio deste estudo também foi constatado que os homens estudados em unanimidade desconhecem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, fato que evidencia um desafio para o sistema de saúde brasileiro, desde sua esfera macro de gestão até as minúcias do dia-a-dia dos profissionais de saúde que estão nos serviços de atenção primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, que tem a finalidade de reverter o modelo hegemônico de atenção à saúde, voltado para cura e reabilitação. Portanto, torna-se imprescindível o planejamento e organização do serviço para atender a esta demanda com adoção de um processo de acolhimento contínuo, onde existam ações educativas que favoreça a aderência da população masculina a atenção primária, de maneira a intervir de forma individual e coletivamente para promover saúde e prevenir agravos e doenças a partir das necessidades encontradas.

Com isso, ações deverão ser realizadas por uma equipe multiprofissional que direcione ações de promoção, prevenção, tratamento e cura dos agravos a este público, sendo estas necessárias para que contribuam na compreensão da realidade atual masculina nos seus diversos contextos: biológico, socioculturais, político- econômicos, de modo a conscientizá-los sobre os cuidados com sua saúde. Outro ponto importante é criar alternativas dentro das unidades que possam dar oportunidade a

todos os homens, para que os mesmos tenham a possibilidade de frequentar a mesma. Sobre estes aspectos, algumas sugestões podem ser citadas, como: ações de busca ativa na comunidade, atividades educativas a partir de uma abordagem diferenciada, viabilização de horários e capacitação dos profissionais com finalidade a prestar uma atenção integral para toda família, e principalmente para o homem.

Portanto, esse estudo pode contribuir na discussão das barreiras e aspectos que impedem o acesso dos homens nos serviços de saúde de brasileiros, servindo de auxílio no debate sobre o cuidado com a saúde do homem, visando ampliar a oferta dos serviços a partir do entendimento que se faz necessário de política, saúde e gênero, e que conseqüentemente, ajudará gestores e profissionais a entenderem as razões que distanciam os homens dos serviços, fornecendo subsídios para outros estudos com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. C. y Almeida, O. S. (2012). A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. *Diálogos & Ciência*, 30, 144-147.
- Alves, R. F., et al. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol. teor. prat.*, 13(3), 152-166.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Baixado em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 26/09/13.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Baixado em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf>. Acesso em: 26/03/14>. Acesso em: /03/11/13.
- Brito, R. S. y Santos, D. L. A. (2010). Homens e Ações Preventivas em Saúde: Revisão Sistemática de Literatura. *Revista de Enfermagem*. Baixado em: 15/01/14 <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../pdf_95>.
- Couto, M. T., et al. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Comunicação Saúde Educação*, 14(33), 257-70.
- Duarte, S. J. H., Oliveira, J. R. y Souza, R. R. (2012). A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3(1), 520-530.
- Figueiredo, W. S. (2008.) Masculinidade e Cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária. São Paulo: Faculdade de medicina de São Paulo, Tese (doutorado).
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.
- INCA. (2008). Síntese de resultados e comentários. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>: Baixado em 18/04/14.
- Knauth, D. R., Couto, M. T. y Figueiredo, W. S. (2012). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2617-2626.
- Leal, A. F.; Figueiredo, W. S. y Silva, G. S. N. O. (2012). Percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2607-2616.
- Leopardi, M.T. (2002). Metodologia da pesquisa na saúde. *Rev. e atual. Florianópolis: UFSC*; 2. ed.
- Maciel, P. S. O. (2009). O homem na estratégia de saú-

- de da família. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal/RN.
- Mendonça, V. S. y Andrade, A. N. (2010). A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia política*, 10(20), 215-226.
 - Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC.
 - Noca, N. J. M. S. (2011). Produções discursivas sobre saúde e masculinidades em um serviço público de atenção à saúde dos homens. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Recife: UFPE.
 - Oliveira, G. R. et al. (2013). A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 8 (28),208-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(28\)676](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(28)676). Baixado em: 26/03/14.
 - Rodrigues, J. Fy Ribeiro, E. R. (2012). O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*,1(1), 74-86.
 - Silva, P. A. S. et al. (2012). A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(3), 561- 568..
 - Silva, S. O et al. (2012). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: conceitos e reflexões relevantes para a sua efetivação. II Jornada Internacional de Enfermagem UNIFRA.
 - Strey, M. N. y Kohn. K. C. (2012). Nas Trilhas (des)conhecidas da saúde: a política pública de saúde para os homens no Brasil. *Psicología Conocimiento y Sociedad*, 2(2),220-239.



Teoría y Método

Obesidade infantil: o olhar dos enfermeiros inseridos na atenção básica

Obesidad infantil: la mirada de enfermeras insertada en atención primaria

Childhood obesity: the look of nurses inserted in primary care

Luara Aparecida Pottratz Alves de Sousa¹, Rosana Amora Ascari², Lucinéia Ferraz³ e Elisângela Argenta Zanatta⁴

¹Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Chapecó, Santa Catarina – Brasil.
E-mail: lapas92@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora Assistente. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rosana.ascari@hotmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ferraz.breier@gmail.com

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: elisangelaargenta@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Sousa, L.A.P.A., Ascari, R.A., Ferraz, L y Zanatta, E.A. (2015). Obesidade infantil: o olhar dos enfermeiros inseridos na atenção básica. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.17>

Correspondência: Rosana Amora Ascari. Universidade do Estado de Santa Catarina.

Correo electrónico: rosana.ascari@hotmail.com ou rosana.ascari@udesc.br

Recibido: 9/11/2014; Aceptado: 12/02/2015



ABSTRACT

This is an exploratory, descriptive, qualitative approach, attempts to understand the perception of nurses inserted in primary care on childhood obesity a city in western Santa Ca-

tarina. Data were collected through interviews with ten nurses semi-structured inserted in Primary Care from January to March 2013. The collected data were subjected to content analysis Minayo. Categories “Change in nutritional status of the child population”, “Causes of childhood overweight and obesity”, “Complications of childhood obesity”, “Preventing Childhood Obesity” and “Actions undertaken within primary care” were identified. It was possible to identify the perception of nurses regarding the growth of the risk factors for the development of childhood obesity. Moreover, it is necessary to intensify municipal actions with regard to physical space for physical activities and changes in eating habits.

Keywords: Obesity; Nursing; Child Health.

RESUMEN

En este estudio se desarrolla un enfoque exploratorio, descriptivo, cualitativo, en el que se intenta comprender la percepción de enfermeras de atención primaria sobre la obesidad infantil en una ciudad en el oeste de Santa Catarina. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con diez enfermeras de Atención Primaria realizadas de enero a marzo de 2013. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis de contenido siguiendo las orientaciones de Minayo. Categorías “Cambio en el estado nutricional de la población infantil”, “Causas del sobrepeso y obesidad infantil”, “Complicaciones de la obesidad infantil”, “Prevención de la Obesidad Infantil” y “acciones emprendidas en atención primaria” fueron identificados. Asimismo, se identificó la percepción de enfermeras en relación con el crecimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad infantil. Por otra parte, es necesario intensificar las acciones municipales en materia de espacio físico para las actividades físicas y los cambios en los hábitos alimenticios.

Palabras clave: Obesidad; Enfermería; Salud Infantil.

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, que objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros inseridos na Atenção Básica sobre a obesidade infantil num município do oeste catarinense. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestructuradas com dez enfermeiros inseridos na Atenção Básica no período de janeiro à março de 2013. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo de Minayo. Foram identificadas as categorias “Mudança no perfil nutricional da população

infantil”, “Causas do sobrepeso e obesidade infantil”, “Complicações da obesidade infantil”, “Prevenção da obesidade infantil” e “Ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica”. Os resultados revelam a percepção dos enfermeiros quanto ao crescimento dos fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil e, a necessidade de intensificar ações, especialmente em nível municipal, no que diz respeito ao espaço físico para a realização de atividades físicas e mudanças nos hábitos alimentares.

Palavras-chave: Obesidade; Enfermagem; Saúde da criança.

INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso são definidos pelo excesso de gordura corporal que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos, sendo classificados através do Índice de Massa Corporal (IMC). São considerados fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares e câncer (WHO, 2013).

Nos últimos anos, o mundo vem passando por um momento de transição epidemiológica, de um cenário de desnutrição para um quadro de sobrepeso e obesidade (WHO, 2013; Marchi-Alves et al, 2011), nesse contexto a obesidade adquiriu caráter endêmico, passando a ser considerada um problema de saúde pública. Situação explicada pela mudança nos padrões de comportamento alimentar, pela redução da atividade física nas populações (Marchi-Alves et al, 2011), e, também, pela transição demográfica, como queda da mortalidade, aumento da expectativa de vida da população pelas melhores condições sanitárias, além do controle das doenças infectocontagiosas, queda da fertilidade e a urbanização (Brasil, 2006).

Vários são os fatores que podem levar ao quadro de obesidade na infância: fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos, metabólicos e ambientais. Além desses fatores a disponibilidade de alimentos com alto teor calórico, o sedentarismo relacionado às horas de uso de televisão, jogos eletrônicos, computadores, estilo de vida e os hábitos alimentares do meio em que esta criança está inserida são algumas das causas do aumento da obesidade (Brasil, 2006).

Nas faixas de idade mais precoces, que englobam crianças de até 10 anos, o número de obesos tem crescido de maneira alarmante, principalmente devido a fatores relacionados ao estilo de vida e a mudanças ambientais e sociais que proporcionaram às crianças hábitos de ingestão calórica superiores ao gasto energético. Novos hábitos foram adotados, como a ingestão de alimentos e bebidas calóricas; o excesso de dedicação dos pais ao trabalho levando a maior oferta de alimentos semi prontos no ambiente familiar; o estilo de vida contemporâneo e o tempo gasto em frente ao computador e televisão (Marchi-Alves et al, 2011).

É importante destacar que crianças obesas tendem a se tornar adultos obesos e essa condição, pode levar a formas mais severas da obesidade, acompanhadas de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e outras doenças crônicas (Brasil, 2006; Steinberger et al, 2006).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a região Sul do Brasil, juntamente com a região Sudeste, possuem os maiores percentuais de excesso de peso e obesidade do país. A região Sul assume a liderança dessa problemática totalizando cerca de cinco milhões de adultos com excesso de peso e também liderando nos nú-

meros referentes à obesidade infantil e juvenil (Brasil, 2010).

Diante deste quadro de mudanças e ao grave problema de saúde que se tornou a obesidade, o Governo vem investindo em programas e políticas que facilitam a detecção, prevenção e tratamento da obesidade (Enes e Slater, 2010). Sendo assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos enfermeiros inseridos na Atenção Básica de saúde sobre a obesidade infantil e identificar se o município dispõe de práticas para a prevenção de obesidade infantil.

MÉTODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado de janeiro à março de 2013, tendo como local de estudo os Centros Integrados de Saúde de um município do oeste de Santa Catarina que atendem usuários do Sistema Único de Saúde.

Foi considerado como critérios de inclusão ser enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem atenção básica voltada à saúde da criança. Considerou-se critérios de exclusão os enfermeiros com menos de 6 meses de atuação na atenção básica.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência entre os Centros Integrados de Saúde do município. Todos os participantes tiveram seus direitos preservados através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento para Gravações.

A coleta das informações se deu através de entrevista semiestruturada com perguntas abertas. Participaram dez enfermeiros que foram identificados por números arábicos de acordo com a ordem de participação na pesquisa, preservando o anonimato dos mesmos.

Optou-se por cessar a coleta no momento que ocorreu a repetição de informações. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas na íntegra.

As informações coletadas foram analisadas seguindo os passos do método de Análise Temática de Conteúdo, que consiste em: pré-análise: consistiu na organização do material, com objetivo de sistematizar as ideias iniciais; exploração do material: momento em que foram definidas as categorias; tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa foi realizada a interpretação das informações com intenção de colocar em relevo as informações obtidas e contextualizá-las com a literatura (Minayo, 2008).

Foram respeitados os aspectos éticos e legais assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, após aprovação e parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEPESH/UDESC/BRASIL sob o número 124.174/2012 em 15 de outubro de 2012.

RESULTADOS

Foram entrevistadas dez enfermeiras, sendo o tempo médio de formação profissional das participantes 12,6 anos e o tempo de atuação na Atenção Básica correspondente a 8,5 anos em média. A partir das leituras e reflexões do material produzido através das entrevistas emergiram cinco categorias, sendo elas: Mudança no perfil nutricional da população infantil, Causas do sobrepeso e obesidade infantil, Complicações da obesidade infantil, Prevenção da obesidade infantil e Ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica.

Mudança no perfil nutricional da população infantil

De acordo com a percepção das participantes, houve mudanças no perfil nutricional da população infantil ao longo dos últimos anos, evidenciado pelo aumento no número de casos de sobrepeso e obesidade e uma queda nos números de casos de baixo peso e desnutrição atendidos nas unidades de saúde, como pode ser observado nas falas a seguir:

“Eu trabalho na rede há 14 anos com o público infantil, e quando eu comecei a trabalhar nós tínhamos um perfil diferente. [...] a gente tinha criança baixo peso, desnutrida e hoje não tem mais, hoje é mais comum a obesidade. A gente observa que houve uma mudança no perfil nutricional das crianças” (P1).

“Acredito que anos anteriores tinha mais desnutrição do que hoje. Agora tem muitas crianças com sobrepeso” (P2).

Causas do sobrepeso e obesidade infantil

Nesta categoria foram apontadas seis causas de sobrepeso e obesidade, sendo: falha na educação alimentar, industrialização dos alimentos, classe socioeconômica e cultura como fatores causais sedentarismo e desmame precoce. A fala a seguir aponta algumas causas:

“A alimentação não está mais sendo adequada e isso é resultado até pelo fato dos pais trabalharem fora e muitas vezes não fica a cargo deles a educação alimentar. [...] a saída da mãe de dentro de casa [...]. A alimentação das pessoas mudou bastante, se obtém alimentos muito facilmente nos mercados, embutidos, enlatados [...]” (P3).

As participantes destacaram que a cultura influencia diretamente nos hábitos alimentares da família, podendo levar ao desenvolvimento de obesidade infantil, sendo assim

considerado um fator causal. Segundo as participantes, a herança étnica da região Sul do Brasil é bastante forte e tem grande influência sobre os hábitos alimentares das famílias de culturas alemã e italiana que possuem costumes alimentares bastante calóricos.

“[...] dependendo da cultura as pessoas tem mais o hábito de comer comidas que levam ao sobrepeso. Principalmente a cultura alemã e italiana, que tem uma alimentação bastante calórica” (P8).

Complicações da obesidade infantil

Foram apontados três grupos de complicações: problemas cardiovasculares e metabólicos, referentes à hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, diabetes mellitus o aumento das taxas de colesterol e triglicerídeos; problemas musculoesqueléticos, referente a problemas de coluna, nas articulações, dores musculares e dificuldade de mobilidade; e problemas de autoestima, relacionados ao bullying e ao preconceito, e em decorrência destes, a depressão e a dificuldade de aceitação do próprio corpo.

Os problemas com relação à autoestima foram citados pela maioria das participantes, que segundo estas, podem ocorrer tanto em crianças obesas como em adultos obesos, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

“[...] teve um caso de uma criança não querer mais ir para a escola porque chamavam ele de gordinho e outros apelidos ofensivos” (P5).

“[...] autoestima, sofrem bullying também, e isso pode acarretar a depressão também” (P10).

Prevenção da obesidade infantil

Foram discutidas três atividades necessárias à prevenção da obesidade infantil:

estímulo à prática de atividades físicas, uso moderado das tecnologias e reeducação alimentar. As participantes destacaram o uso moderado das tecnologias e a reeducação alimentar direcionada a todos os membros da família como as principais atividades de prevenção:

“Ao invés de ficar no computador deveriam estar brincando como a gente fazia antigamente. Como pular elástico, esconde-esconde, andar de bicicleta, patins, por exemplo” (P2).

“Trabalhar com as crianças e com os pais, pra se estimular mais o consumo de frutas e verduras, de como se alimentar adequadamente, e que tem que fazer uma atividade física desde criança” (P4).

Ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica

Nesta categoria, os participantes apontaram as ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em relação à prevenção, tratamento e identificação de casos de obesidade infantil, desenvolvidas, conjuntamente pela Enfermagem, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Município. As ações desenvolvidas pela enfermagem centram-se nas atividades de orientação para aos pais, crianças, adolescentes e gestantes. Outra ação é a realização da puericultura, por meio da qual se conhece o perfil nutricional da população infantil assistida.

“Acredito que hoje a gente tem um papel fundamental na questão da orientação alimentar” (P1).

Com relação à UBS, as participantes destacaram as ações desenvolvidas por equipes multidisciplinares, como é o caso do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). No município, estes estão desenvolvendo atividades

de orientação em grupos e atendimentos individuais, mas no momento apenas para o público adulto.

“Agora nós também temos a nutricionista do NASF pra ajudar, e eu acho que eles estão mais preparados pra trabalhar essa questão do que nós enfermeiros. Se a gente recebe um paciente com sobrepeso, agora encaminha pra nutricionista” (P2).

Em nível municipal, a descentralização dos serviços de saúde foi citado como uma ação importante. Foi enfatizado que o município é privilegiado por possuir grande número de estabelecimentos de saúde, permitindo que a assistência se torne mais abrangente e integral.

“[...] porque como temos unidade de saúde em vários bairros onde a gente conhece toda a população, trabalha com as escolas [...]” (P3).

DISCUSSÃO

Estudos realizados sobre o estado nutricional da população brasileira, como a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1989 e a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos períodos de 2002 a 2003, revelam uma redução na desnutrição infantil e um aumento considerável nos números de sobrepeso e obesidade, tanto na população infantil como na população adulta (Brasil, 2006).

Os dados mais recentes sobre o perfil nutricional da população brasileira presentes na POF 2008 à 2009, mostram que crianças de 5 a 9 anos de idade apresentavam elevados índices de excesso de peso (33,5%) e de obesidade (14,3%). Em adolescentes de 10 a 19 anos de

idade, os índices de déficit de peso foram de 3,4%, já os índices de excesso de peso foram de 20,5%, sendo que os maiores valores foram encontrados na faixa etária de 10 a 11 anos de idade, e os de obesidade um pouco menores (4,9%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). As participantes deste estudo destacaram terem observado essa mudança no perfil nutricional da população adulta e infantil ao longo dos últimos anos.

Com relação às causas da obesidade destacam-se a interação dos aspectos genéticos e ambientais, influências socioeconômicas, estilo de vida sedentário, hábitos alimentares inadequados e alterações endócrinas e metabólicas (WHO, 2011). Os hábitos e costumes familiares influenciam nas escolhas dos alimentos, nesse sentido a família tem grande influência no padrão alimentar dos indivíduos, principalmente das crianças e adolescentes (Vieira e Sichieru, 2012; Gross et. al., 2011).

Além da influência dos hábitos e costumes familiares destacados pelas participantes, elas também salientam que a cultura dos indivíduos interfere diretamente nos hábitos alimentares, sendo que na Região Sul, onde as etnias prevalentes são a alemã e italiana, os costumes alimentares são, geralmente, compostos por alimentos bastante calóricos, características destas duas culturas. Cabe destacar que a cultura refere-se a um conjunto de orientações que são transmitidas pelos indivíduos que fazem parte de uma sociedade particular, fornecendo meios de difundir essas orientações para as demais gerações por meio da linguagem, símbolos, arte e rituais (Gross et al., 2011).

A região Oeste do estado de Santa Catarina foi colonizada pelas etnias italiana, alemã e polonesa, etnias que ainda prevalecem

na região, mantendo uma culinária calórica à base de pães, doces, massas, batatas, carnes, vinhos, polenta, entre outros (Estado de Santa Catarina, 2012).

A alimentação define a identidade de um grupo, entretanto, o consumo de alimentos não se restringe apenas à satisfação das necessidades fisiológicas, está relacionada às diferenças de cultivo, coleta, preparo e consumo dos alimentos. Além de nutrir e saciar a fome, os alimentos têm significados e símbolos, além disso, as transformações sociais e culturais incidem diretamente no modo como as pessoas se alimentam, expressando valores e relações sociais (Zamberlan et al., 2009). Sendo assim, as enfermeiras destacam que por conhecerem a realidade e as culturas onde estão inseridas possuem mais subsídios para realizar atividades de prevenção envolvendo a população de forma mais efetiva, inclusive no sentido de despertar para os malefícios da obesidade.

As complicações da obesidade infantil também estão relacionadas à ocorrência de problemas psicossociais e transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade, principalmente no sexo feminino, condição que pode interferir em vários aspectos da vida da criança, prejudicando o rendimento escolar e social. Na vida adulta pode refletir em outras dificuldades como a diminuição da oferta de empregos, timidez, baixa autoestima e problemas de relacionamento afetivo. Os indivíduos obesos, também, tendem a sofrer ou estabelecerem restrições diante de atividades rotineiras, como ir à escola, praticar exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se (Melo, Serra e Cunha, 2012).

Problemas de autoestima são comuns na atualidade, sendo assim, pais e profissionais

da saúde possuem importante papel – ajudar a criança no enfrentamento desta realidade. Os pais, precisam oferecer suporte e ajudar a proteger a autoestima de seus filhos, os profissionais da saúde precisam, inicialmente, entender a obesidade como uma doença, conhecer suas complicações, de ordem física e emocional, para poder fazer encaminhamentos e agilizar o tratamento. Além disso, cabe frisar que comportamentos preconceituosos frente a indivíduos obesos podem afetar os julgamentos clínicos e contribuir para manter a criança obesa e afastada dos cuidados com a saúde (Luiz, Gorayeb e Liberatore Junior, 2012).

Frente a esta realidade, prevenir a obesidade na infância é a maneira mais segura de controlar o crescimento dessa doença, que pode ter início na vida intrauterina, estender-se pela infância, adolescência e idade adulta (Neves et al., 2010). Sendo assim, destaca-se, novamente que a família é considerada a principal formadora dos hábitos alimentares da criança, além de ser a responsável por fornecer uma alimentação adequada. Entretanto, salienta-se que, grande parte das vezes, estes não possuem informações suficientes e também não recebem suporte e orientação para desempenhar tal papel.

Dessa forma, intervenções que englobam a família produzem efeitos maiores do que em grupos alternativos, como trabalhos realizados com escolares, por exemplo, em função da influência que a família tem sobre os hábitos que a criança desenvolve, desta forma, ações preventivas com enfoque familiar devem ser estimuladas (Sichieri e Souza, 2008).

É necessário orientar a família para a importância da qualidade da alimentação, estimulando o consumo regular de frutas, verduras e legumes e estando atento ao tipo de

gordura consumida. Esclarecer aos pais sobre a importância da educação alimentar propiciada aos seus filhos, como: estabelecer e fazê-los cumprir os horários das refeições; não pular refeições nem substituí-las por lanches; importância de mastigar bem os alimentos; realizar as refeições em ambiente calmo e com a televisão desligada; evitar o consumo de alimentos de elevada densidade calórica como salgadinhos, doces, frituras e refrigerantes. Os pais são modelos para as crianças, que tendem a copiá-los; por este motivo os hábitos alimentares saudáveis devem ser seguidos por todos os membros da família (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

No que diz respeito às ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica, com foco na prevenção da obesidade, destaca-se as consultas de enfermagem, especialmente de pré-natal e puericultura, bem como a inserção deste profissional em escolas e creches, locais onde podem ser desenvolvidas atividades preventivas envolvendo alunos, pais e professores. Entretanto, essa prática requer-se dos profissionais estabelecimentos de vínculos, valorização dos diferentes saberes, utilização de estratégias de intervenção apoiadas num processo educativo permeado pela escuta sensível às necessidades e possibilidades de cada indivíduo (Silva, Rocha e Silva, 2009).

Para auxiliar nas atividades desenvolvidas pela UBS, no contexto atual as equipes contam com a contribuição do NASE. O apoio de equipes multidisciplinares e o atendimento prestado a população por essas equipes são bastante ricos e devem ser estimulados (Brasil, 2010).

O NASE, com apoio dos profissionais da Saúde da Família, podem promover algumas melhorias por meio de promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual

e coletivo, em todas as faixas etárias; contribuir na construção de estratégias para responder às principais demandas assistências quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade; realizar diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde; e promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2010).

Destacam-se as atividades desenvolvidas em conjunto com escolas, que contam com o apoio da UBS, do NASE, pais e professores. Porém, estudos indicam que os programas de prevenção da obesidade desenvolvidos em escolas são mais eficientes quando aplicados por pessoas dedicadas somente a este propósito do que quando exercidos por professores. Os professores não podem dedicar muito tempo às atividades de intervenção porque têm outras responsabilidades e, frequentemente, não recebem e não possuem treinamento especializado. Além disso, pessoas dedicadas somente às atividades da intervenção podem fornecê-las diversas vezes durante o ano escolar, permitindo o desenvolvimento e refinamento das estratégias apresentadas. Nesse sentido, a escola se torna um campo de ação muito importante e deve ser aproveitado pelos profissionais da saúde (Neves et al., 2010).

Para realizar esse trabalho de forma efetiva, vale ressaltar que a participação e contribuição do município é muito importante, pois esse poderá prover meios para que estas ações aconteçam. As participantes deste estudo destacaram que o município em estudo é

privilegiado no sentido de haver uma descentralização dos serviços de saúde.

Acredita-se que o apoio e o investimento por parte do município torna o trabalho das enfermeiras frente a obesidade infantil mais efetivo, considerando que, muitas vezes, ações de prevenção não são realizadas em função da sobrecarga de atividades que estas apresentam, além da pouca inserção das mesmas em locais como escolas, creches e empresas. Para um trabalho ser realmente eficiente é necessário apoio de diversas organizações, que além de apoiar, estimulem e facilitem as ações a serem realizadas, sendo que estas ações são sempre pensadas e realizadas em benefício da população como um todo.

CONCLUSÃO

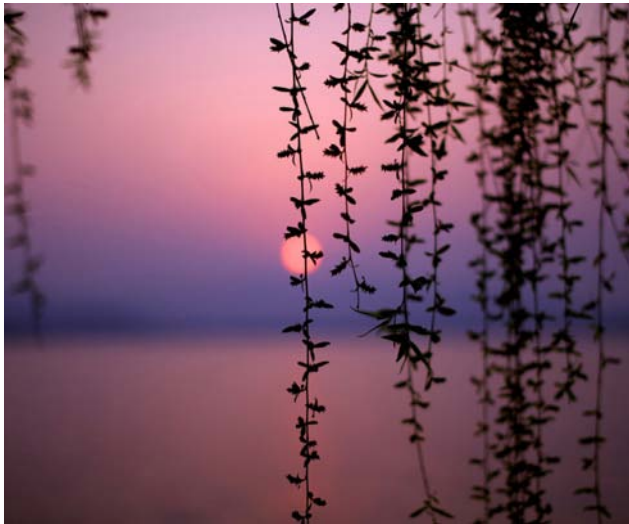
A percepção dos enfermeiros inseridos na Atenção Básica acerca da obesidade infantil é fundamentada no conhecimento e na experiência profissional. Observa-se, no entanto, que por mais que exista um esforço dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, crescem os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, juntamente com os casos. Em contrapartida, em alguns locais, não é possível identificar esforços municipais, secretarias de saúde e educação, no sentido de oferecer estrutura para prevenir e tratar a obesidade.

Sugere-se intensificar as ações realizadas pelo município no controle da obesidade infantil, principalmente no que diz respeito ao espaço físico para a realização de atividades físicas e maior inserção dos enfermeiros em creches e escolas. Além disso, buscar junto às diversas organizações sociais, meios que possibilitem o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e condições para que as famílias possam desfrutar de uma alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de vigilância alimentar e nutricional. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio a Saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde.
- Enes, C.C., Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev. Bras. Epidemiol*, 13(1), 163-71. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>>.
- Gross, F.M., Van Der Sand, I.C.P., Girardon-Perlini, N.M.O. y Cabral, F.B. (2011). Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. *Acta Paul. Enferm*, 24(4), 534-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a14v24n4.pdf>>.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2008 – 2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE.
- Luiz, A.M.A.G., Gorayeb, R., y Liberatore Junior, R.D.R. (2010). Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estud. Psicol.* 27(1), 41-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a05.pdf>>.
- Marchi-Alves, L.M., Yagui, C.M., Rodrigues, C.S. et al. (2011). Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Esc. Anna Nery R Enferm*, 15(2), 238-244. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2013.
- Melo, V.L.C., Serra, P.J. y Cunha, C.F. (2010). Obesidade infantil – impactos psicossociais. *Rev. Méd. Minas Gerais*. 20(3), 367-370. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewFile/277/261>>.
- Minayo, M.C.S. (2008) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

- Neves, P.M.J., Torcato, A.C., Urquieta, A.S. y Kleiner, A.F.R. (2010). Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. *Educação Física em Revista*. 4(2), [aproximadamente 12 p.]. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/view/1582/1168>>.
- Santa Catarina. (s.d.). Governo do Estado de Santa Catarina. História de SC: Alemães, italianos e eslavos. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br/conteudo/santa-catarina/historia/paginas/08imigrantes.html>>.
- Sichieri, R., Souza, R.A. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), S209-S234. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/02.pdf>>.
- Silva, M.M., Rocha, L. y Silva, S.O. (2009). Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. *Rev Gaúcha Enfm*. 30(1), 141-144. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4466>>.
- Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. (2012). Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação. Departamento Científico de Nutrologia. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/PDFs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf>.
- Steinberger, J., Daniels, S.R., Eckel, R.H. et al. (2009). Progress and Challenges in Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *AHA*. 119, P628-647. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/119/4/628.full>>.
- Vieira, A.C.R. y Sichieri, R. (2008). Associação do Status Socioeconômico com Obesidade. *Physis* 18(3), 415-426. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a03.pdf>.
- World Health Organization. (2013). Obesity. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>.
- Zamberlan, L., Froemming, L.M.S., Zamin, M., Sparenberger, A., Buttenbender, P.L. y Scarton, L.M. (2009). Do churrasco à Parrilha: Um estudo sobre a influência da cultura nos rituais alimentares de brasileiros e argentinos. In XXXIII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. P. 19-23, Rio de Janeiro: ENANPAD. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2009/MKT/2009_MKT2833.pdf>.



Sintomas Depresivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados

Los síntomas depresivos y la capacidad funcional en ancianos institucionalizados

Depressive Symptoms and Functional Capacity in Elderly Institutionalized

Joyce Kelly Soares da Silva¹, Maria Cícera dos Santos Albuquerque², Elizabeth Moura Soares de Souza³,
Fernanda Silva Monteiro⁴, Germano Gabriel Lima Esteves⁵

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

²Enfermeira e Psicóloga. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Professora lotada no setor de Saúde Mental da Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR) da UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: cicera.albuquerque@hotmail.com

³Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP. Professora lotada no setor de Saúde do Adulto e do Idoso da ESENFAR, UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: elmososo@gmail.com

⁴Mestra em Enfermagem pelo Programa de Enfermagem da ESENFAR, UFAL. Professora da UFAL e do Centro Universitário Tiradentes (UNIT)). Maceió, Alagoas, Brasil.

E-mail: fernandaenf@ig.com.br

⁵Psicólogo. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do IP, UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil.

E-mail: gabriell_lima@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital:

Silva, J.K.S., Albuquerque, M.C.S., Souza, E.M.S., Silva Monteiro, F. y Esteve, G.G.L. (2015). Sintomas Depresivos e Capacidade Funcional em Idosos Institucionalizados. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 41.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.18>

Correspondência: Joyce Kelly Soares da Silva. Rua São Paulo, Nº 128, Tabuleiro do Martins, Maceió – AL, CEP: 57043-390,

Correo electrónico: joyce.soares17@hotmail.com

Recibido: 14/11/2014; Aceptado: 18/2/2015



ABSTRACT

This study aimed to evaluate depression and its relationship with functional capacity in the elderly living in long-stay institutions for the Elderly (ILPIs) of Maceió / AL. This was a correlative and comparative study among the participants, which consider the variables: criterion (depression) and background (functional capacity and indicators). 103 seniors

attended eight ILPIs, 48 (46.6%) men and 55 (53.4%) women aged 60 up to 101 years (M = 76.2, SD = 10.1). Participants answered questions about: (1) Geriatric Depression Scale Yesavage, long version, (2) and Katz Index; (3) socio-demographic questionnaire. There were r Pearson correlation analysis and linear regression. It was found that 65% of the elderly had depressive symptoms and 56.4% had dependency related to functional capacity, with greater decline in women. It refers also that functional capacity was presented as a predictor of depressive symptoms and revealed a high incidence of these, in addition to functional disability in institutionalized elderly, pointing functional limitations as an indicator of depressive symptoms in these. We

emphasize the importance of early detection of depression and the need for prevention of worsening of their symptoms.

Keywords: Elderly. Depression. Home for the aged. Geriatric nursing.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la depresión y su relación con la capacidad funcional en personas mayores, residentes en instituciones de larga estadía para los mismos (ILPIs), en Maceió / AL. Se hizo un estudio correlativo y comparativo entre los participantes, donde se consideraron las variables: criterios (depresión) y de historia (capacidad y los indicadores funcionales). Participaron 103 mayores de ocho ILPIs, 48 (46,6%) hombres y 55 (53,4%) mujeres, con edad entre 60 y 101 años (DE = 10,1 M = 76,2). Los participantes contestaron sobre: (1) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión larga; (2) Índice de Katz; y (3) cuestionario sociodemográfico. Se realizaron análisis de correlación *r* de Pearson y Regresión Lineal. Se verificó que 65% presentó síntomas depresivos y 56,4% estaba relacionado con la capacidad funcional, en mayor disminución entre las mujeres. Siendo reportado que la capacidad funcional se presentó como predictora de los síntomas depresivos y se evidenció su elevada incidencia, además de la incapacidad funcional en los mayores institucionalizados, apuntando la limitación funcional como un indicador de los síntomas depresivos en ellos. Remarcarse la importancia en la detección temprana de la depresión y la necesidad de la prevención del empeoramiento de sus síntomas.

Palabras clave: Personas mayores. Depresión. Institución de Larga Estadía para Mayores. Enfermería Geriátrica.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a depressão e sua relação com a capacidade funcional em idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de Maceió/AL. Realizou-se um estudo correlativo e comparativo entre os participantes, onde se consideraram as variáveis: critério (depressão) e antecedentes (capacidade funcional e indicadores). Participaram 103 idosos de oito ILPIs, sendo 48 (46,6%) homens e 55 (53,4%) mulheres, com idade entre 60 até 101 anos (M= 76,2; DP= 10,1). Os participantes responderam sobre: (1) Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão longa, (2) Índice de Katz e; (3) Questionário sociodemográfico. Realizaram-se análises de correlação *r* de Pearson e Regressão Linear. Verificou-se que 65% dos idosos apresentaram sintomas depressivos e 56,4% possuíam dependência relacionada à capacidade funcional, com maior declínio nas mulheres. Reporta-se ainda que a capacidade funcional apresentou-se como preditora dos sintomas depressivos e evidenciou-se a elevada incidência destes, além da incapacidade funcional em idosos institucionalizados, apontando a limitação funcional como um indicador da sintomatologia depressiva nestes. Enfatiza-se a importância da detecção precoce da depressão e a necessidade da prevenção do agravamento da sua sintomatologia.

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial apresenta-se como um dos maiores desafios da atualidade. No Brasil, por exemplo, estima-

-se que até 2020 o número de idosos será superior a 30 milhões, colocando o país como o sexto no mundo em contingente de idosos (Carvalho, Garcia, 2003). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 pela primeira vez na história, a população idosa com 60 anos ou mais será superior ao número de jovens (Ibge, 2013). Nesse sentido, com o aumento no número de idosos, cresce também a necessidade de cuidados e de atenção específica apropriada, em virtude do declínio cognitivo que se apresenta como um fator de risco para o surgimento de distúrbios mentais como a depressão (Larson, 2001), (McCormack, Boldy, Lewin, McCormack, 2011).

Depressão é um transtorno de humor que abrange sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, caracterizando-se pelo humor triste, perda de interesse ou prazer, mais um total de cinco sintomas persistentes durante duas semanas (American Psychiatric Association (APA), 2013). No entanto a sintomatologia característica da depressão pode apresentar variações de acordo com a fase da vida do indivíduo, em idosos os sintomas mais prevalentes são encontrados na forma de má concentração, fadiga, perda de peso e sintomas físicos (Fernandes, Nascimento, Costa, 2010), (Fiske, Kasl-godley, Gatz, 1998). Ademais, idosos com depressão são mais propensos a desenvolver insuficiência cardíaca, resposta imunológica baixa, artrite e Alzheimer, além de apresetarem uma queda na qualidade de vida, ruptura das relações interpessoais e elevado risco de suicídio (Vilhjalmsson, 1998), (Fiske, Kasl-godley, Gatz, 1998), (Katz, 2004), (Katz, Morris, 2007).

Pavarini (1996) aponta a institucionalização do idoso como um potencial fator de risco para a depressão por produzir um senso de

isolamento e separação da sociedade. No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm caráter residencial e são destinadas à moradia coletiva de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (Melo, Kubrusly, Junior, 2011). Silva, Sousa, Ferreira e Peixoto (2012) avaliaram a depressão em 102 idosos residentes em ILPIs no Distrito Federal, relatando a presença de depressão em 49% da amostra. Outra pesquisa, realizada por Alencar, Bruck, Pereira, Câmara e Almeida (2012) com uma amostra de 47 idosos residentes de ILPIs em Belo Horizonte (MG), evidenciou que 59,6% dos participantes apresentavam algum nível de depressão.

Além disso, constata-se ainda uma dependência na capacidade para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) (Eliopoulos, 2005). Thorun, Marino, Santos e Moraes (2001) avaliaram a capacidade funcional de 83 idosos residentes em ILPIs em Belo Horizonte, reportando que 50,0% da amostra apresentavam algum nível de dependência. Outro estudo realizado por Moraes, Trigo, Palomaro, Brito e Vainzoff (2002) avaliou 150 idosos institucionalizados no estado de São Paulo, constatando algum grau de dependência em 53% dos residentes. De modo geral constata-se um decréscimo da capacidade funcional de idosos institucionalizados, em atividades básicas como utilizar o banheiro (19,1%), micção (40,4%) e evacuação (38,3%) (Alencar et al., 2012).

Em termos de prevalência, verifica-se que os idosos institucionalizados apresentam um elevado percentual de sujeitos acometidos por depressão, além do decréscimo na capacidade funcional. Diante desta constatação, e em consonância com os estudos anteriormente citados, este estudo avalia os mesmos constru-

tos ou correlatos tanto no que diz respeito ao aspecto teórico quanto ao prático, utilizando para aferir a depressão em idosos a Escala Geriátrica de Depressão (GDS), em sua versão longa, (Yesavage et al., 1983), (Stoppe Júnior et al., 1994) e a Escala de Katz para avaliação funcional (Katz et al., 1963), (Lino et al., 2008).

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo correlacional e de comparação entre participantes, em que foram considerados dois conjuntos principais de variáveis: critério (depressão) e antecedentes (capacidade funcional e indicadores, como por exemplo: prática de atividade de lazer).

Participantes

Contou-se com uma amostra de 103 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de Maceió (AL), sendo 48 (46,6%) homens e 55 (53,4%) mulheres, com idade variando de 60 a 101 anos ($m=76,2$; $DP=10,1$). A maioria é solteira (89,3%) e não realiza atividades de lazer (67%). O procedimento amostral foi probabilístico estratificado randômico. Os estratos foram definidos para que cada ILPI fosse representada igualmente na amostra.

Instrumentos

Os participantes responderam aos seguintes instrumentos:

(1) Escala Geriátrica de Depressão (GDS), versão longa (Yesavage et al., 1983), validada por Stoppe Júnior et al., 1994. Composta por 30 itens que avaliam a presença ou ausência de sintomas depressivos em populações geriátricas. Os respondentes são classificados de acordo com os seguintes escores: 0 a 10 - Normal; 11 a 20 - Depressão Leve ou Moderada e 21 a 30 - Depressão Grave.

(2) Escala de Katz (Katz et al., 1963), adaptada transculturalmente para o português por Lino et al. (2008). É composta por seis itens que avaliam as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), a saber: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentar-se; respondidas em uma escala de 0 à 6, conforme nível de independência.

(3) Questionário sociodemográfico e institucional: composto por questões como: sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, prática de atividade de lazer, presença de doença crônica e tempo de institucionalização.

Procedimentos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas para avaliação e, assim, aprovação, conforme CAAE: 22984313.0.0000.5013, e número de parecer: 552.139-21/01/2014. A aplicação dos instrumentos foi realizada pela pesquisadora do estudo e mais dois estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFAL, os quais foram treinados e calibrados por nível de concordância para uso dos mesmos. Num primeiro momento, os participantes foram esclarecidos sobre o estudo em questão e acerca do anonimato e do sigilo de suas respostas, para, em seguida, serem solicitados a declarar se estavam ou não dispostos a participar deste estudo. Os que indicaram que sim, foram requeridos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve garantia do caráter voluntário da participação, bem como do respeito às diretrizes éticas que regem a pesquisa com seres humanos, conforme Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde.

Análise de dados

Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21) para efetuar as análises

estatísticas: descritivas (frequência, percentual, média, desvio-padrão, erro padrão e intervalo de confiança de 95%) e tomada de decisão (teste t de Student) para comparar escores médios dos construtos aqui considerados em função das características sociodemográficas. Foram realizadas análises de correlação r de Pearson e Regressão Linear, para verificar o nível de relação e em que medida as variáveis antecedentes explicam as variáveis consequentes.

RESULTADOS

Após a análise dos dados no presente estudo, verificou-se que a maioria dos idosos institucionalizados (65,0%) possuem sintomas depressivos. Destes, parcela significativa (52,4%) possui sintomatologia característica de uma depressão leve ou moderada, enquanto 12,6% possuem sintomas de depressão grave (Tabela 1). A média com relação aos escores de pontuação da GDS-30, com intervalo de confiança de 95%, foi de 12,7 e com valores mínimo de 2 pontos e máximo de 28 pontos; com mediana de 12,00 (p=36,23), e desvio padrão de 6,019.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos institucionalizados conforme presença dos sintomas depressivos. Maceió, 2014. (n=103)

Sintomas Depressivos	Frequência (%)
Normal	36 (35,0)
Depressão Leve ou Moderada	54 (52,4)
Depressão Grave	13 (12,6)

Com relação à capacidade funcional este estudo identificou predominância de idosos dependentes (56,3%) para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), conforme dados da Tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização dos idosos institucionalizados conforme a capacidade funcional. Maceió, 2014. (n=103)

Capacidade Funcional	Frequência (%)
Independente	45 (43,7)
Dependente	58 (56,3)

Com a finalidade de testar a predição da capacidade funcional em relação à depressão, realizou-se uma análise de Regressão Linear com o método enter. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 3, onde se observa que a capacidade funcional foi consistentemente preditora do escore de depressão.

Tabela 3 – Regressão Linear tendo a capacidade funcional como preditora da depressão. Maceió, 2014. (n=103)

Previsores	Sintomas Depressivos		
	B	β	t
Capacidade Funcional	0,53	0,21*	2,16
R ² = 0,04			
F(164,43)=4,70			

B (Unstandardized Coefficients) = inclinação da reta de regressão;

β (Standardized Coefficients) = indicador da relação entre as variáveis;

R²= Proporção de variância explicada;

*p < 0,05

Buscou-se também analisar a existência de diferença entre os escores médios (de depressão e capacidade funcional) em função das variáveis demográficas e institucionais por meio de teste t de Student. O estado civil, a escolari-

dade e o tempo de institucionalização não implicam em diferenças estatisticamente significativas (com nível de probabilidade associada de $p > 0,05$) nos escores médios para depressão e capacidade funcional. Entretanto, o mesmo não foi verificado para o sexo em relação à capacidade funcional, encontrando-se uma diferença entre os escores de homens ($m=1,71$; $DP=2,12$) e mulheres ($m=2,80$; $DP=2,47$) de 1,09 (IC95% 2,00 – 1,83), com efeito médio ($d=0,47$). Cohen (1992) recomenda que, para o tamanho do efeito de teste t , 0,20 é um efeito pequeno, 0,50 é um efeito médio e 0,80 é um efeito grande. O teste t [$t(101) = 2,384$, $p=0,01$] indicou que existe diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres com relação à capacidade funcional, apresentando uma deterioração maior da capacidade funcional em mulheres.

Com relação à presença ou ausência de doença crônica em relação à depressão, a diferença dos escores médios foi de 4,60, (IC95% 1,46–7,73), com grande efeito ($d=0,78$). O teste t [$t(101)=2,911$, $p=0,004$] indicou que existe diferença estatisticamente significativa entre apresentar doença crônica ou não. Neste estudo, os que apresentam doença crônica ($m=13,41$; $DP=6,05$), apresentam maior escore de depressão do que aqueles que não apresentam doença crônica ($m=8,81$, $DP=4,11$). Desse modo os resultados referem a presença de doença crônica no idoso como um indicador de maior demanda por cuidados.

Por fim, compararam-se os escores médios para depressão com relação à prática de atividade de lazer. A diferença entre os escores daqueles que praticam tais atividades ($m=10,74$; $DP=5,54$) e aqueles que não praticam ($m=13,67$; $DP=6,04$) com relação à depressão foi de 2,93 (IC95% 5,44 – 5,31), com um efeito pequeno ($d=0,21$). O teste t [$t(101)=$

2,448, $p=0,01$] indicou que existe diferença estatisticamente significativa entre prática de atividade de lazer ou não. Depreende-se que, nessa amostra, a prática destas aparece como um indicador de um menor escore de depressão.

DISCUSSÃO

As estimativas de prevalência de depressão em indivíduos institucionalizados são significativamente maiores quando comparadas às da comunidade. Sua ocorrência é de 10 a 22% maior quando comparada aos idosos não institucionalizados (Póvoa et al., 2009), (Moraes, 2008). Além disso, os fatores sociodemográficos, metodológicos e peculiares aos tipos de escala empregada na identificação deste transtorno podem influenciar nos resultados sobre a incidência de depressão no idoso.

O presente estudo demonstra um percentual de depressão semelhante a outras pesquisas realizadas no Brasil, como a de Carreira et al. (2011) em Maringá-PR, onde percebeu-se que a maioria dos idosos (61,6%) apresentavam quadro depressivo. Destes, 58,3% foram identificados com depressão leve ou moderada, e 3,3% dos idosos revelaram depressão grave. No estudo de Silva et al. (2012) no Distrito Federal, 49,0% dos idosos institucionalizados apresentavam depressão, sendo 36,3% com depressão leve a moderada e 12,7% com depressão severa. Já em um estudo realizado na Inglaterra e País de Gales, observou-se que o índice de depressão encontrado foi menor em comparação com este estudo, onde 27,1% das pessoas institucionalizadas apresentavam depressão enquanto 9,3% de pessoas não institucionalizadas apresentavam tal transtorno (McDougall et al., 2007).

A depressão pode levar o idoso à perda da autonomia e ao agravamento de patologias preexistentes (Silva et al., 2012). As teo-

rias da etiologia da depressão no idoso ainda são insatisfatórias, levando-se a atribuição da multicausalidade no desencadeamento de tal transtorno, além dos estressores psicológicos e sociais que atingem com maior intensidade essa faixa etária, tais como o empobrecimento financeiro, declínio social, perda de papéis produtivos, solidão e perda de pessoas queridas (Guimarães, Caldas, 2006).

Pode-se verificar ainda neste estudo, que a maioria dos idosos avaliados são dependentes funcionalmente (56,3%) para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs). Constata-se uma prevalência significativa e semelhante a alguns estudos realizados em âmbito nacional, como no desenvolvido por Soares, Coelho e Carvalho (2012) na cidade de Marília-São Paulo, onde 52,6% dos idosos foram considerados dependentes. No estudo realizado por Barros et al. (2010) com idosos de uma instituição da cidade de Maceió/AL, observou-se um aumento da probabilidade do idoso apresentar, a cada ano, um maior grau de dependência funcional, sobretudo no que se refere às ABVDs. Constatou-se ainda que as atividades: banhar-se e a alimentação foram as que apresentaram maior comprometimento, enquanto transferência e continência foram menos representativas. Em geral, ocorre, anualmente, a partir da terceira década de vida, perda de 1% de função, considerando diferenças entre o ritmo desta perda de um organismo para outro (Fedrigo, 1999), (Pires, Silva, 2001). Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de prejudicar o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande (Guralnik, Lacroix, 1992). A incapacidade funcional pode acarretar fragilidade, institucionalização, dependência, maior risco de quedas e cuidados de longa permanência (Franciulli et al., 2007).

Além disso, verifica-se nos resultados encontrados deste estudo que a capacidade funcional foi considerada preditora do escore de depressão, fato também observado no estudo realizado por Vaz (2009) com uma amostra de 186 idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança, em Portugal, onde o nível de depressão encontrado foi mais elevado em idosos mais dependentes nas ABVDs, considerando uma correlação negativa fraca, porém significativa ($r = -0,286$, $p < 0,01$). No estudo de Santos e Ribeiro (2011) em Maceió, identificou-se que 12,7% das idosas com depressão, apresentaram dependência funcional. Já no estudo de Silva et al. (2012), com relação aos possíveis fatores interferentes na depressão, foi demonstrado que houve associação significativa entre depressão com a existência de algum tipo de limitação/dependência, sendo assim, entre os idosos com sintomatologia depressiva, 60,6% possuíam algum tipo de limitação. As doenças mentais representam um grande peso de incapacidade e duração longa (Guimarães, Caldas, 2006). Souza e Paulucci (2011) também detectaram que grande parte das idosas institucionalizadas (79,4%) em seu estudo, apresentava algum grau de dependência, considerando-a como um fator que pode influenciar no surgimento da depressão. No estudo de Soares, Coelho e Carvalho (2012) foi identificado que a incidência de sintomas depressivos poderia ser aumentada de acordo com o comprometimento da capacidade funcional ($r = -0,306$, $p = 0,021$), assim como afirmam Galhardo, Mariosa e Takata (2010), que apontam a doença física como fator influenciável ao aumento da morbidade depressiva.

Notou-se, neste estudo, que não houve associação significativa entre o nível de escolaridade, o estado civil, o tempo de institucionalização e os escores médios para depressão e



capacidade funcional. Tal fato é corroborado na literatura, e por vezes, controverso conforme alguns autores. Para Soares, Coelho e Carvalho (2012) em seu estudo, a escolaridade não exerce influência significativa para a sintomatologia depressiva, porém influencia significativamente a capacidade funcional, sendo que quanto maior o nível de escolaridade, melhor tal capacidade. De acordo com Siqueira et al. (2009) a perda do companheiro, assim como o abandono e o isolamento social se comportam como perdas concomitantes ao envelhecimento que podem comprometer a qualidade de vida do idoso e influenciar no desencadeamento de uma síndrome depressiva, fato contrário ao resultado deste estudo, onde verifica-se associação negativa entre o estado civil e presença de sintomas depressivos no idoso. Conforme Silva et al. (2012) em seu estudo, não foi verificada diferença significativa quanto a presença de depressão em idosos e tempo de institucionalização, resultado também visto no presente estudo. Já para Carreira et al. (2011) em uma análise do seu estudo, depreendeu que a depressão era mais frequente em idosos com menor tempo de institucionalização. Isso pode ocorrer em virtude das conseqüentes mudanças decorrentes da saída do lar podendo gerar poucas expectativas na vida do idoso.

Foi detectado, porém, neste estudo que houve diferença estatisticamente significativa

entre homens e mulheres com relação à capacidade funcional, apresentando uma deterioração maior desta em mulheres. Tal fato é corroborado por Rosa et al. (2003), onde em seu estudo em amostra representativa de idosos no município de São Paulo, notou que o sexo está fortemente associado à ocorrência da dependência, sendo mais de duas vezes maior a chance para as mulheres em relação aos homens. No estudo de Ferreira et al. (2011) foi constatado que havia uma maior frequência de mulheres em relação aos homens com dependência (81% e 19% respectivamente). No trabalho de Micanto e Freitas (2007) em idosos residentes de instituições da cidade de Caxias do Sul (RS) observou-se níveis inferiores de capacidade funcional das mulheres quando comparados aos dos homens. Guedes (2004) também identificou que dentre os idosos classificados como dependentes em uma instituição na cidade de Passo Fundo (RS), a maioria era do sexo feminino.

Com relação à presença de doença crônica, foi identificado neste estudo, que os idosos que apresentavam no mínimo uma patologia, possuíam maior escore de depressão do que aqueles que não apresentavam. Para Siqueira et al. (2009) as taxas de prevalência de depressão são maiores em indivíduos portadores de doenças clínicas. Naqueles que possuem doença coronariana, cerca de até 45% apresentam sintomas depressivos graves. Percentuais semelhantes também são encontrados em associação com uma série de doenças clínicas típicas do idoso, como doença de Parkinson, doença cerebrovascular e doença de Alzheimer.

No que diz respeito à prática de atividades de lazer, notou-se que a execução destas, neste estudo, está associada a um menor escore de depressão. Resultado semelhante é encontrado no estudo de Batistoni et al. (2011) onde o

índice de depressão é menor nos idosos participantes por mais de um semestre na Universidade da Terceira Idade, onde são realizadas atividades variadas de lazer. Afirma ainda que, a não realização de tais atividades, assim como as educacionais e sociais, predis põem ao aumento de sintomas depressivos na população idosa. Vaz (2009) observou em seu estudo, que o nível de depressão é mais elevado em idosos com menos atividades de lazer, e que estas exercem efeito protetor ao transtorno depressivo. Ischer et al. (2002) observaram que o tratamento farmacológico combinado com a participação em atividades recreativas foi benéfico no tratamento da depressão, o que enfatiza os benefícios deste tipo de atividade.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou identificar a prevalência dos sintomas depressivos em idosos e sua associação com a capacidade funcional e demais variáveis explanadas no estudo. Constatou-se uma alta incidência de sintomas depressivos nos idosos institucionalizados e um alto comprometimento da capacidade funcional destes, sendo a maioria dos longevos considerada dependente para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e, dentre esta, as mulheres foram as mais acometidas. Além disso, nota-se que a capacidade funcional mostrou-se preditora dos sintomas depressivos. Tal relação pode indicar que estas duas variáveis se influenciam e podem afetar a saúde do idoso.

Os dados revelaram presença significativa de doenças crônicas neste grupo de idosos e forte associação destas a um maior escore de depressão. Tal fato deve servir de alerta para os profissionais da saúde, diante da sua atual prevalência associada ao processo de envelhecimento, que além de demandar altos custos

financeiros, alta taxa de utilização de serviços de saúde, indicam maior necessidade de intervenção sejam para a promoção e prevenção, assim como no tratamento das diversas patologias.

Foi demonstrado no presente estudo que a prática de atividade de lazer apresentou-se como fator associado ao menor índice de depressão, sugerindo que há uma relação entre esse tipo de atividade e a prevenção ou tratamento da sintomatologia depressiva. Deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e proporcionada aos idosos a fim de promover saúde e qualidade de vida a estes.

Os resultados apontam maior vulnerabilidade do grupo investigado para as complicações no adoecimento orgânico e mental quanto para à necessidade de uma acurada vigilância na prevenção de complicações. Embora a maioria dos idosos apresente sintomatologia característica de uma depressão leve ou moderada, esta situação deve alertar os profissionais que cuidam de forma direta e/ou indireta dos mesmos para intervir imediatamente no sentido de prevenir o agravamento do sofrimento psíquico.

Por fim, este estudo veio contribuir para o conhecimento do perfil dos idosos institucionalizados em Maceió/AL, para a avaliação das condições de saúde, dos sintomas depressivos e da capacidade funcional a fim de que os profissionais que trabalham nas instituições possam tomar medidas que impeçam o agravamento da sintomatologia nos idosos e promova a qualidade de vida destes. Ao mesmo tempo, reafirma a necessidade de ações por parte dos gestores, que assegure a implementação de políticas públicas em proteção ao idoso e a sua saúde.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5. ed. London: New School Library.
- Barros et al. (2010). Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió-AL. RBPS, 23(2), 168-174.
- Batistoni, S. M. T. et al. (2011). Depressive symptoms in elderly participants of an open university for elderly. Dementia Neuropsychol, 5(2), 85-92.
- Brandi, M. C. C., Duncan, B., Gill, L. y Gavin, R.(2010). Health Care Management Practice, 23: 13.
- Carvalho, J.A.M.; Garcia, R.A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública, 19 (3),725-33.
- Carreira, L. et al. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. Revista Enfermagem. UERJ, 19 (2),268-73.
- Cohen, J. (1992) .A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159.
- Eliopoulos, C. (2005). Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fedrigo, C. A. M. (1999). Fisioterapia na terceira idade – o futuro de ontem é realidade de hoje. Revista Reabilitar, (5),18-26.
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S. y Costa, K. N. F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. Rev. Rene. 11(1), 19-27.
- Ferreira, T.C.R., Silva Pinto, D., Araujo Pimentel, K. y Silva Peixoto Junior, O. (2011) Análi-se da capacidade funcional de idosos Institucionalizados. RBCEH, Passo Fundo, 8(1), 9-20,
- Fiske, A., Kasl-godley, J. y Gatz, M. (1998). Geriatric depression. In A. Bellack & M. Hersen (Comps.), Comprehensive clinical psychology; (pp. 575-594). Kidlington, UK: Elsevier.
- Franciulli, S. E. Ricci, N. A., Lemos, N. D. y Cordeiro, R. C.; Gazzola, J. M. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos da funcionalidade em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciência e Saúde Coletiva, 12(2),373-80.
- Galhardo, V.A.C.; Mariosa, M.A.S. y Takata, J. P. I. (2010). Depressão e perfis sociodemo-gráfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. Revista Médica de Minas Gerais, 20(1), 16-21.
- Guedes, J. M. y Silveira, R. C. R. (2004). Analise da capacidade funcional da população geri-átrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo - RS. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 10(21), 10-21.
- Guralnik, J. M., Lacroix, A. Z. (1992). Assessing physical function in older populations. In R.B. Wallace y R.F. Woolson (Comps.), The epidemiologic study of the elderly. (pp. 159-81). New York: Oxford University Press;
- Guimarães, J. M. N.;yCaldas, C. P. (2006). A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. Revista Brasileira Epidemiologia, 9:481-92.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). Projeção da população do Brasil por sexo e idade (1980-2050). Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Baixado em 28 junho de 2014.
- Ischer, A. et al. (2002). Detection and treatment of depressive symptoms in nursing home patients. An interdisciplinary challenge for the geriatric physician and nursing personnel. Ther Umsch, 59 (7), 367-370.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in de aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, [S.I], 185, 914 – 919.
- Katz, S. Downs, T. D.;Cash, H. R. y Grotz, R.C. (1970). Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 10 (1), 20-30.
- Katz, P.P. (2004). Function, disability, and psychological well-being. Advances in Psychosomatic Medicine, 25, 41–62.
- Katz, P. P. y Morris, A. (2007). Time Use Patterns among Women with Rheumatoid Arthritis: Association with Functional Limitations and Psychological Status. Rheumatology, 46(3), 490–495.
- Larson, E. B. (2001). General internal medicine at the crossroads of prosperity and despair: Caring for patients with chronic diseases in an aging society. Annals of Internal Medicine, 134, 997-1000.

- Lino, V. T. S., Pereira, S. R. M., Camacho, L. A. B., Filho, S. T. R. y Buskman, S. (2008). Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (escala de Katz). *Caderno de Saúde Pública*, 24(1),103-112.
- Mcdougall, F. A. Matthews, F. E. Kvaal, K., Dewey, M. E. y Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Age Ageing*, 36(5),562-8.
- Melo, I. A. F., Kubrusly, E. S. y Junior, A. A. P. (2011). Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 20(1),75-83.
- Micanto, P. C. y Freitas, C. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 4I(1), 127-138.
- Moraes, Z. V., Trigo, R. R.,Palomaro, N. P., Brito, D. A.,Vainzoff, R. y Martins, A. M. (2002). Perfil de idosos de uma instituição asilar no município de São Paulo. In *Anais do 13o Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBGG-Seção RJ, 449.
- Moraes, E. N. (2008). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 343-50. 2008.
- Pavarini, S. C. I. (1996). Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Pires, Z. R. S. y Silva, M. J. (2001). Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/autonomia.html. Baixado em 20 julho de 2014.
- Póvoa, T.R., Amaral, A. S., Cárdenas, C. J., Viana, L. G., Tavares, A. B. y Machado, F. V. (2009). Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do instituto de gerontologia de Brasília. *Brasília Med*;46(3),241-246.
- Ramos, L. R. (2003). Determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno Saúde Pública*, 19(3), 793-8.
- Tereza Etsuko da Costa Rosaa , Maria Helena D'Aquino Beníciob , Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorreb e Luiz Roberto Ramosc
- Costa Rosa, T.E., D´Aquino Beniciob, M^a. H., Dias de Oliveira Latorre, M^a R. y Ramos, L.R.. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 37(1):40-8.
- Santos, M. B. y Ribeiro, S. A. (2011). Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosos inscritas no PSF de Maceió/AL. *Revista Brasileira Geriatria*, 14 (4), 613-624.
- Silva, E. R., Souza, A. R. P., Ferreira, L. B. y Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsidio ao cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 46,1387-93.
- Siqueira, G. R. et al. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 253-259
- Soares, E., Coelho, M. O. y Carvalho, S. M. R. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós Gerontologia*,15(5), 117-139.
- Souza, M. C. M. R. y Paulucci, T. D. (2011). Análise da sintomatologia depressiva entre idosos institucionalizadas. *R. Enferm. Cent. O. Min*, 1 (1), 40-46.
- Stoppe Júnior, A., Jacob Filho, W.; y Louza Neto, M. R. (1994). Avaliação de depressão em idosos através da Escala de Depressão Geriátrica: resultados preliminares. *Revista APB-APAL*, 16(4), 149-53.
- Thorun, I. M. R., Marino, M. A., Santos, A. G. R. y Moraes, E. N. (2001). Prevalência de dependência funcional, déficit cognitivo e distúrbios psíquicos em idosos de uma instituição asilar. In *Anais do 3º Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, 6-9, Florianópolis. Florianópolis: SBGG-Seção SC, 64.
- Vaz, S. F. A. (2009). A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança. *Dissertação de mestrado*. Porto: Portugal, Maio.
- Vilhjalmsson, R. (1983). Direct and indirect effects of chronic physical condition on depression. *Social Science and Medicine*, 47(5), 603-607.
- Yesavage, J. A. et al. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37-49.

Miscelánea

Un sello desde Cádiz para la conmemoración del centenario del título de enfermera en España (1915-2015)

Francisco Herrera Rodríguez¹, José E. Lasarte Calderay² y Antonio Valiente Bey³

¹Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz).

²Centro de Salud "La Laguna". Cádiz.

³Antonio Valiente Bey (Miembro de la Sociedad Filatélica Gaditana).

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Herrera Rodríguez, F., Lasarte Calderay, J.E. y Valiente Bey, A. (2015). Un sello desde Cádiz para la conmemoración del centenario del título de enfermera en España (1915-2015) (Reseña). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.20>

Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es

Recibido: 10/01/2015/ Aceptado: 28/02/2015



Figura: Tarjeta postal que reproduce un sello conmemorativo del centenario del título de Enfermera en España (1915-2015). Sello aprobado por Correos ("Tu sello").

La Gaceta de Madrid del día 21 de mayo de 1915 publicó una Real Orden, firmada el día 7 del mismo mes, por Esteban Collantes, Subsecretario del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, de la cual reproducimos un fragmento:

"Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras á las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca, S.M. el Rey (q. D. G.) ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1º. Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras á las que lo soliciten pertenecientes ó no á Comunidades religiosas.

2º. Los conocimientos que el Programa contiene podrán adquirirse previamente, asistiendo para los de carácter práctico á las clínicas, consultorios, asilos ú hospitales que á las aspirantes convengan.

3º. La prueba de suficiencia consistirá en un examen teórico-práctico ante un Tribunal análogo al que funciona para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano.

4º. Las aspirantes aprobadas en estos exámenes obtendrán una certificación expedida por el Decano de la Facultad de Medicina, en la que hará constar que quedan autorizadas para ejercer la profesión de enfermeras.

5º. Los exámenes se verificarán todos los años en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en la fecha que designe el Decanato.

6º. Las aspirantes á enfermeras satisfarán en la Secretaría de la Facultad para formación de expediente tres pesetas y para pagos de derechos de examen 10 pesetas, con opción á segundo exa-

men, tres meses después como plazo mínimo, las que no obtuviesen la aprobación en el primero.

De Real orden lo digo á V.I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V.I. muchos años. Madrid, 7 de mayo de 1915 (...).

ESTEBAN COLLANTES.

Señor Subsecretario de este Ministerio”

Por este motivo los arriba firmantes hemos promovido un sello dedicado a la Enfermería en esta efeméride centenaria. A la hora de editar el sello conmemorativo nos hemos encontrado que dentro de los esquemas de “Tu Sello” (Correos y Telégrafos), no se pueden reproducir imágenes de personas que estén vivas. Hemos optado, pues, por diseñar el sello a partir del monumento dedicado a la Duquesa de la Victoria que está en el Parque Genovés de Cádiz. Existe monumento análogo en alguna otra ciudad de España, por ejemplo, Madrid. Al ver la fotografía con el monumento completo nos dimos cuenta que estábamos homenajeando a la Duquesa de la victoria y que

lo que pretendíamos era rendir un homenaje a los orígenes de la enfermería profesional en España, y por eso nos quedamos con el detalle que podéis ver en la imagen. La enfermera y el herido. También nos dimos cuenta que al hacerlo así nos encontramos con una ‘Piedad’ impresionante, que refleja los desvelos, el trabajo y la dedicación profesional de las enfermeras.

Desde Cádiz queremos contribuir en este Centenario de la legislación del título de Enfermera en España, y al hacerlo somos conscientes de que en esta conmemoración se recoge una tradición de varios siglos cuidando a los enfermos, ya sea desde instancias religiosas o laicas; pero queremos recordar también muy especialmente al cirujano de El Puerto de Santa María (Cádiz), Federico Rubio y Gali (1827-1902), que tanto contribuyó a que esto fuera posible con la fundación en Madrid de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría.

Conste nuestro agradecimiento a la Sociedad Filatélica Gaditana que siempre nos apoya en todas nuestras iniciativas filatélicas relacionadas con la Enfermería y la Medicina.

Biblioteca comentada

AJUSTICIADOS

Autor: Hernández Conesa, J.

Editorial: Letras de Autor / Año publicación 2014

José Siles González

CEU Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Siles González, J. (2015). *Ajusticiados* (Reseña). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 19, 41.

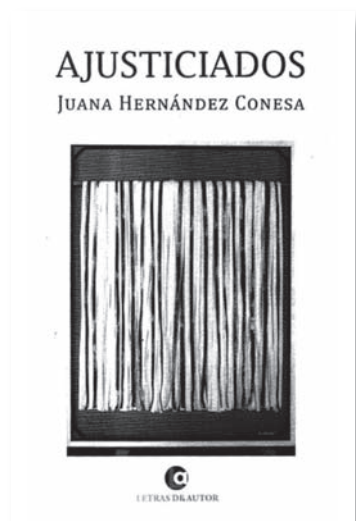
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.19>>

Correspondencia:

(remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: jose.siles@ua.es.

Recibido: 10/11/2014/ Aceptado: 27/12/2014



La doctora Hernández Conesa, enfermera, historiadora y pedagoga; vuelve a sorprendernos con la entrega de su tercera novela: “Ajusticiados”. Previamente la autora cartagenera nos había obsequiado con varios poemarios y fotopoemarios y con dos novelas centradas en la vida de René Descartes y titulada “Los sueños de la razón”, la primera, y en una obra de estética más intimista: “La Casa del Olvido”.

Con “Ajusticiados” el lector se encuentra inmerso en una prosa ágil y dinámica que disecciona con la autoridad de la historiadora y la eficacia descriptiva de la escritora que ha madurado su obra tras dejar un tiempo de barbecho para la reflexión y decantación de las primeras ideas en las que se sustenta, los hechos acontecidos durante el período de terror jacobino que tuvo lugar en los años posteriores a la revolución francesa de 1789. Efectivamente, adentrándose en la década de los noventa del siglo XVIII, la autora describe situaciones en las que refleja tanto el perfil psicológico de los personajes y los sentimientos que motivan sus acciones, como el marco histórico en el que se desarrollan en el París liderado por el poder jacobino en un momento de paroxismo represor y confusión generalizada de ideales, perversiones, venganzas, sacrificios, mezquindades y heroicidades. En suma, Hernández Conesa nos presenta la realidad histórica tal como es en la realidad: fruto de los personajes que inciden en el discurrir del momento histórico y atravesado de todo lo que caracteriza al ser humano: sentimientos de amor y piedad, por un lado, y odio y venganza por otro. La grandeza y la miseria del ser humano cuya realidad desnuda no se escuda en la vigencia de unas ideologías sobre otras, sino que se presenta como algo genuinamente natural e inherente a ese animal racional que es el hombre.

Olympe de Gouges es el personaje que marca el ritmo humano y social de los acontecimientos y que la autora utiliza para abrir un puente trans-

temporal, permitiendo observar detenidamente, a pesar de la turbulencia de acontecimientos que se suceden atropelladamente en la época del terror jacobino, la vida de una mujer que se adelanta a su época mediante un pensamiento que podrían reivindicar actualmente algunos colectivos, feministas o no, que siguen pugnando por la igualdad de la mujer y de género. La Declaración de los Derechos de la Mujer y la de la Ciudadanía, unido al resto de su corolario ideológico y social, supuso para Olympe de Gouges su sentencia de muerte en una época desbocada que había acabado contradiciendo y pervirtiendo los principios revolucionarios que le dieron origen: igualdad, libertad y fraternidad.

VIAJE PÓSTUMO/ VIATGE PÒSTUM

Cruchaga, A. (2014)

El Salvador: Imprenta Rilcadone.

José Siles González

CEU Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Siles González, J. (2015). Viaje Póstumo/ Viatge pòstum (Reseña). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 19, 41.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.21>>

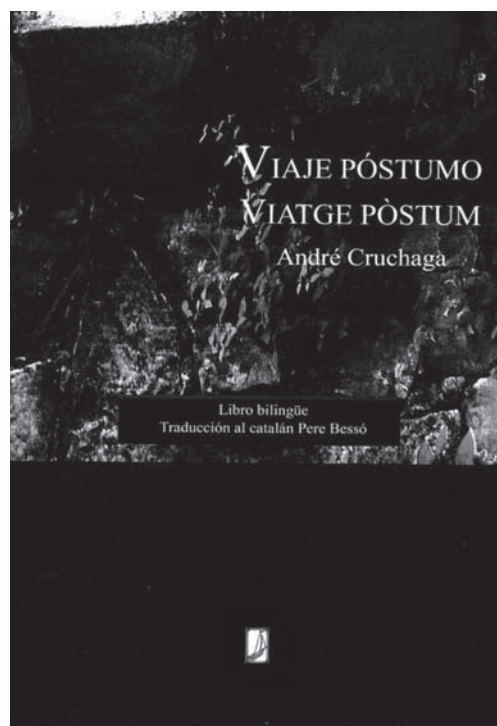
Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: jose.siles@ua.es.

Recibido: 10/01/2014/ Aceptado: 22/01/2015

Se nos presenta la edición en castellano y valenciano de una obra del poeta salvadoreño André Cruchaga cuya traducción ha estado a cargo de Pere Bessó filólogo y catedrático de lengua y literatura española. André Cruchaga es profesor de humanidades y como núcleo enriquecedor de su actividad docente, ha desarrollado una importante y extensa obra poética que ha sido galardonada con diferentes premios literarios y ha traducida a diferentes idiomas: francés, rumano, holandés, vasco, valenciano, etc. Entre sus obras destacan: *Alegoría de la palabra* (1992), *Visión de la muerte* (1994), *Enigma del tiempo* (1996), *Roja Vigilia* (1997), *Rumor de pájaros* (2002), *Pie en tierra* (2007), *Caminos Cerrados* (2009), *Viajar de la ceniza* (2010), *Cuaderno de ceniza* (2013), *Balcón del vértigo* (2014), *Post scriptum* (2014), etc. Además ha publicado sus poemas en las revistas literarias más prestigiosas de España y América Latina.

André Cruchaga es un poeta de gran altura que puede provocar cierta hipoxia y desvanecimiento en los lectores desprevenidos que no están acostumbrados a caminar por senderos contiguos a los grandes desfiladeros donde habita, en la profundidad abisal, la palabra con mayúsculas. La palabra como sentimiento que es imagen y



que se funde con aromas telúricos de tiempos imperecederos: la metáfora al servicio de una creatividad combativa sostenedora de esa clase de dignidad se sustenta en la observación de la realidad; un entorno envolvente cuyo caos es tan subterráneo y trascendente que se intangibiliza en la superficie insustancial y rutinaria de una vida cotidiana fabricada para convertirnos en inconscientes. Sí, el poeta salvadoreño, con su verso inflamado que todo lo ilumina, nos despierta y avisa del creciente auge del pensamiento automático que acaba transformando nuestra existencia en un devenir superfluo entre horarios lineales de comidas, cenas, idas y venidas al trabajo y largas sentadas frente al sedante televisor.

El poeta Cruchaga emplea herramientas como el simbolismo y la metáfora para rescatar trozos de conciencia faenando poéticamente en los caladeros de un ultra-realismo cargado de dolor e incertidumbre: paso incontrolable del tiempo, envejecimiento, muerte, despropósitos

del ser humano que acaba transformando lo más hermoso en pura miseria..., inexistencia; pero mediante su poesía profundiza en los temas centrales de la vida como la misma muerte (asalariada por la vida para sus propios fines..., especialmente el postrero y definitivo): Así en “Muerte” nos avisa de que es la medida de todas las cosas:

“Muero cada día cuando resbalo en la cuerda floja del tiempo, este aliento carece ya de sombreros cae la respiración hasta los tobillos, ¿qué me queda después de lamer los excrementos? (Morir antes que mueran las palabras es la mejor solución). Morir como se embriaga el tejado... “ (Cruchaga, 2014: 192)

Cruchaga es un poeta que no hace concesiones a la galería y reinterpreta la realidad desnuda del discurrir de la vida como metáfora de navegación existencial donde todo está en conexión:

Navegación

“A través del barro, las manos tallan las distancias: esos pasos lentos del desvelo, las sombras diurnas del relámpago, la piedra de la fatiga donde deslumbran tantas instantáneas (...)” (Cruchaga, 2014: 164).

También se detiene el poeta en las secuelas del paso del tiempo y la manifestación de un inevitable arte, El olvido:

“Sueño ya el olvido y las extrañezas en vísperas de relojes caducos. El horizonte es irreparable en las postrimerías de la edad (también los mostradores huesudos de las talarbarterías, los disfraces cumplidos de los funerales sobre el mundo infinito del desquicio)(...)”

Es Cruchaga un poeta atento a los sentimientos que le provocan sus capacidades perceptivas y lo refleja magistralmente en “Olfato”:

“Cuando el árbol de repente abre sus dominios, el olfato implora al pájaro etéreo del cierzo, -vuelve-

ré a trepar al vendaval de la noche, a su dosis de trementina, a su embriaguez de escritura muerta”.

En el poema que da título al poemario “Viaje póstumo”, el poeta se sitúa en una posición álgida de anticipada nostalgia para despedirse sin desistir de estar y dejando constancia de lo que pensará y hablará cuando ya no pueda pensar ni hablar:

“Que la luz hunda su imagen en mi lápida. Animada y visible al mismo tiempo. Más allá de lo anónimo y el olvido, soy ciudadano de este país. Pon una rosa sin aldabas sobre mi cruz, un pétalo tan solo hacia el horizonte como vos una calle que desafíe al tiempo (...)”

Por todo esto y mucho más presente en su dilatada obra, André Cruchaga es un poeta de gran altura que puede llegar a provocar cierto vértigo en los lectores desprevénidos que tal vez estén más acostumbrados a la poesía de salón donde emerge de forma rebuscada y artificiosa lo amable, feliz y bienaventurado que es ese bicho bipedestador que es el hombre. No, no están acostumbrados a caminar por senderos contiguos a los grandes desfiladeros donde habita, en la profundidad abisal, la palabra con mayúsculas..., la única capaz de aprehender y transmitir cuestiones tan esenciales como la auténtica y contradictoria realidad del ser humano.

LA ESCUELA DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS MASCULINOS DE ALICANTE (1967-12980)

Avila Olivares, J.A. (2015)

CECOVA

José Siles González

CEU Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Siles González, J. (2015). La escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de Alicante (1967-1980). (Reseña). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 19, 41.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.22>>

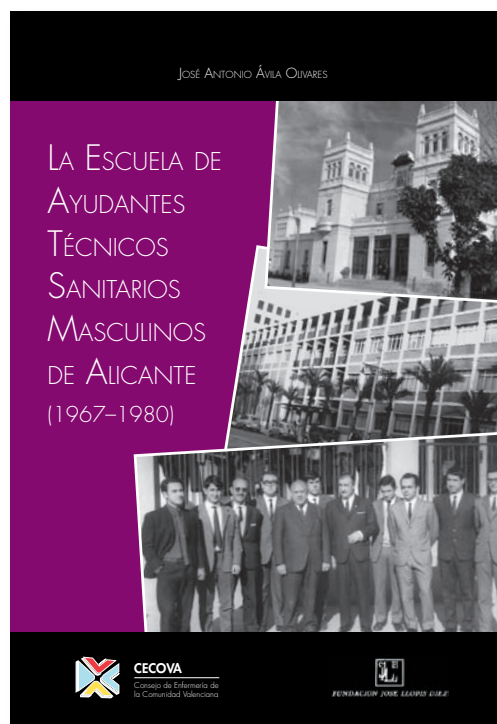
Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: jose.siles@ua.es.

Recibido: 12/01/2014/ Aceptado: 22/02/2015

El doctor José Antonio Ávila Olivares (enfermero y antropólogo además de presidente del Consejo Valenciano de Enfermería) nos sorprende con un estudio histórico de peso, de esos que merece la pena esperar: la historia de la “Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Masculinos de Alicante (1967-1980)”. El trabajo del doctor Ávila, concienzudo y fundamentado en fuentes históricas escritas que avalan cada uno de sus renglones, es también rico en iconografía, pues acompaña el texto con numerosas imágenes: fotos de los personajes que gestaron la ardua y comprometida empresa de la creación de la escuela de ATS, imágenes de archivos, revistas y periódicos escaneadas, etc.

El autor se remonta en su estudio a los años previos a la creación de la escuela y describe los intentos previos acometidos infructuosamente por personalidades como José Llopis, a la sazón director de la revista *CATS* y líder destacado del movimiento asociacionista y colegial de los practicantes alicantinos. Una vista panorámica a los argumentos en pro y en contra de la creación de



la escuela de ATS masculinos permite al lector hacerse una idea de la mentalidad de la época y de la existencia de barreras burocráticas, sociales y políticas que convergían necesariamente en la decantación en uno u otro sentido de una iniciativa que desde el principio contó con el respaldo del colegio de practicantes. La conclusión más significativa de todo este enmarañado itinerario fundacional, a juicio del que suscribe esta reseña, radica en un factor que fue clave en el resultado final del mismo: la constancia de las personas que trabajaron denodadamente por ver hecho realidad un proyecto que, teniendo más factores en contra que a favor, tardó años en cristalizar. Durante todo ese tiempo, personas como José Llopis (respaldado por eminentes miembros del colegio de practicantes y por instituciones como el colegio de los Hermanos Maristas de Alicante) tuvieron que fundamentar teóricamente su iniciativa explicando de forma clara y precisa la pertinencia de una escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios

Masculinos en una ciudad, Alicante, donde no existía facultad de Medicina.

En este libro se pueden consultar una gran variedad de datos referentes al origen y evolución histórica de esta escuela, como, por ejemplo: los programas de la Escuela de ATS masculinos y, asimismo, el cuadro de profesores y alumnos que conformaron, respectivamente, los distintos claustros y promociones que se fueron sucediendo

Otro de los aciertos de Ávila Olivares estriba en conjugar factores tan aparentemente disími-

les como el normativo burocrático, por un lado, y el social y cultural, por otro. El autor nos introduce en temas culturales tan poco conocidos hasta la fecha como la creación de un grupo de teatro que, además, incidió de forma crucial en el establecimiento de relaciones académicas y extraacadémicas entre el colegio de ATS masculino y el femenino de Alicante partiendo de una necesidad: la integración de mujeres en el grupo de teatro. En definitiva un brillante estudio que ningún integrante de la gran familia enfermera debería pasar por alto.



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Facultad de Ciencias de la Salud