

Cultura de los Cuidados

2°. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 30

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN

Carmen Solano Ruiz

Ana Lucia Noreña Peña

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

Elena Ferrer Hernández

ferrer_ele@gva.es • Telf.: 966989085

Asunción Ors Montenegro

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

Juan Mario Domínguez Santamaría

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

- José Antonio Ávila Olivares. *Enfermero, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

- 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

Enfermero. Jefe de Docencia e Investigación. Hospital Universitario de San Cecilio. Director Fundación Index. Granada (España)

Carmen Chamizo Vega

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

Alberto Gálvez Toro

Enfermero, Matrona y Antropólogo Doctor por la Universidad de Alicante Granada (España)

Manuel J. García Martínez

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

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 Tejeiro

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

Cecilio Esevenri 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)

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>)

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^o 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.....	5
EDITORIAL	
Evolução da revista texto & contexto enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil – 1992-2011	7
MARIA ITAYRA PADILHA, ODALÉA MARIA BRÜGGEMANN, DENISE GUERREIRO VIEIRA DA SILVA.	
FENOMENOLOGÍA	
Terapia Alternativa.....	11
CONCEPCIÓN GARCÍA DE LAS BAYONAS BLÁNQUEZ	
Esperanza de Estrellas.....	15
CARMEN MARTÍNEZ COELLO	
HISTORIA	
Academia brasileira de história da enfermagem – Abradhenf: considerações e reflexões	19
FLÁVIA DE ARAÚJO CARREIRO, TAKA OGUISSO	
Testimonio de José María de Puelles y Centeno como médico durante la III Guerra Carlista.....	28
PABLO MOLANÉS PÉREZ, ANA M ^o SAINZ OTERO, FRANCISCO HERRERA RODRÍGUEZ	
ANTROPOLOGÍA	
Descubriendo caminos: la relación enfermera-familia en comunidades rurales de la Amazonia peruana	35
ROCÍO ELIZABETH CHÁVEZ ALVAREZ, MARGARETH ANGELO, LUIZA AKIKO LOMURA HOGA	
El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género ...	45
M ^a LUISA GRANDE GASCÓN, MANUEL LINARES ABAD, CARMEN ÁLVAREZ NIETO, GUADALUPE PASTOR MORENO	
Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamalipas, México	52
M ^a ELENA PÉREZ VEGA, LUIS CIBANAL JUAN	
TEORÍA Y MÉTODO	
Confiabilidade intraclasse do Harris Infant neuromotor test na língua portuguesa: utilização com crianças brasileiras.....	60
GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA, MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO	
Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: uma revisão da literatura.....	71
JUSSARA LUONGO, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS, MARIA DE FÁTIMA PRADO FERNANDES	
MISCELÁNEA	
- EVENTOS ENFERMEROS DE INTERÉS: Entrevista al Presidente Comité Científico del III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería	79
- III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería.....	82
- BIBLIOTECA COMENTADA.....	84

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 seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico y teléfono. En la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español) y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce 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 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 Las revistas españolas de enfermería (Cibanal, L. ed.), Síntesis, Madrid pp. 88-102 (Capítulo de Libro).

United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1990) Post-Registration Education and practice Project. UKCC, London.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán a parte 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: en soporte papel mecanografiado en hojas DIN A4, letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio, por triplicado y en disco 3 1/2 (WORD 6-7 o equivalente).
- Los autores deberán remitir al editor una carta de presentación en la que describa resumidamente tanto su perfil investigador como las características del trabajo enviado, enfatizando la pertinencia del mismo en relación con la disciplina enfermera.
- Los autores deberán remitir una carta al editor en la que dan fe, mediante su firma, del carácter original e inédito de los trabajos enviados. Dejarán constancia escrita, asimismo, de que dichos trabajos no han sido enviados a ningún otro medio para su publicación.

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.

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.

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.

Editorial

Evolução da revista texto & contexto enfermagem, Florianópolis, sc, brasil – 1992-2011

Dra. Maria Itayra Padilha

Editadora da Texto & Contexto Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil.(PEN/UFSC).

Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Editadora de Submissão da Texto & Contexto Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC.

Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva

Editadora de Seleção de Manuscritos da Texto & Contexto Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC.

Dra. Marisa Monticelli

Editadora de Texto e Layout da Texto & Contexto Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC.

A Revista Texto & Contexto Enfermagem foi criada em 1992, pelo corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), quando este percebeu a necessidade e relevância de promover mais um veículo de divulgação da produção científica brasileira. Na época, programas de pós-graduação em enfermagem eram escassos no território brasileiro, assim como, havia reduzido número de periódicos nacionais de divulgação, consumo e socialização da produção oriunda destes programas.

Após inúmeras discussões sobre fontes de financiamento, periodicidade, corpo editorial, indexação, seções a serem adotadas para a estruturação da revista, e também, qual seria o diferencial desta sobre as demais, o primeiro número foi editado em 1992, apenas com periodicidade semestral, devido aos poucos recursos existentes para sua manutenção. As pro-

fessoras enfermeiras pioneiras deste processo, lideradas pela Dra. Ingrid Elsen, entenderam que uma nova revista no mercado editorial deveria apresentar um diferencial significativo, diante dos demais periódicos científicos da profissão, a fim de justificar sua existência e apresentar a tendência editorial da mesma. Assim, optaram por uma revista temática, visando atender à filosofia do PEN/UFSC, e oferecer à comunidade científica brasileira, um periódico com a abordagem de um objeto específico para cada um de seus números, e que seria discutido sob vários olhares e diferentes ângulos, permitindo assim, a possibilidade de um maior aprofundamento e consistência no tratamento das temáticas escolhidas.

Ao ser lançada no mercado editorial das revistas de enfermagem foi imediatamente aceita e as assinaturas, desde o seu início até o processo de acesso aos textos completos, em 2007, manteve-se entre 300 e 500 assinantes, o

quê, para o público consumidor brasileiro, podia ser considerado um “bom número”. Como política de distribuição, eram editados, inicialmente, 1000 exemplares, os quais, além de serem enviados aos assinantes, também pela estratégia de permuta, eram encaminhados para todas as universidades públicas brasileiras, além de outras tantas estrangeiras, especialmente da América Latina.

Já em 1995, a revista tornou-se quadrimestral, sendo que o terceiro exemplar do ano foi denominado de “especial”, a fim de registrar “os eventos significativos promovidos pelas(os) Enfermeiras(os) do Departamento de Enfermagem da UFSC, reunindo profissionais e discentes do Brasil e do exterior, em torno de um tema comum” (Elsen, 1995).

Ao completar 10 anos de existência, a Revista Texto & Contexto Enfermagem estava indexada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Banco de Dados de Enfermagem), e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), e continuava pleiteando novas indexações, a fim de qualificar a revista, assim como, torná-la cada vez mais aberta para o mercado internacional.

A preocupação com a qualidade fez com que a indexação, a estruturação de um corpo editorial/consultores de excelência, a periodicidade e a regularidade, fossem sempre critérios considerados essenciais, em cada volume do periódico. Contudo, os critérios considerados complementares, que incluem autoria de artigos, assuntos/temáticas e normalização, além do impacto da Revista Texto & Contexto Enfermagem, em nível nacional e internacional, sempre foram uma constante do PEN/UFSC.

Um fator importante para os periódicos brasileiros em geral e, conseqüentemente, para

a enfermagem, foi quando a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – um órgão governamental de nível central – criou, em 1998, o “Sistema Qualis” de avaliação da produção científica dos Programas de Pós-Graduação, e então, a partir de 2000, passou a utilizá-lo efetivamente como parte dos critérios de avaliação dos Programas de Pós-Graduação. Conseqüentemente, em novembro de 2000, a Comissão de Avaliação Continuada da CAPES – área de Enfermagem apresentou uma nova matriz de classificação dos periódicos em “Nacionais” e “Internacionais”, com atribuição de conceitos, de acordo com os critérios estabelecidos pela comissão (Padilla & Silva, 2002).

No caso da Enfermagem, vale destacar, à época, o reduzido número de periódicos de circulação nacional, além de poucos assinantes, comparativamente ao número de enfermeiras registradas no país, como foi constatado por Mancia, Padilha e Ramos (2011), que, num universo de 10 revistas institucionais, em 1999, contava com apenas 1800 assinaturas, para um total de 80.000 enfermeiras brasileiras, o que representa apenas 2,25% deste total.

Nesta mesma época, havia, no Brasil, apenas 22 periódicos de enfermagem, o que pode ser considerado irrisório, considerando a grande expansão dos Programas de Pós-Graduação no país, especialmente porque dentre estes, cerca de 20% estavam indexados internacionalmente. Por exemplo, em 1998, existiam 14 Programas de Pós-graduação em enfermagem (cerca de , e em 2011, este número foi ampliado para 50, ou seja, houve um aumento de 357,1%, o que é extremamente relevante para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, em termos de qualificação profissional (Ministerio da Educação, 2011).

A periodicidade da Revista Texto & Con-

texto Enfermagem também acompanhou esta evolução, sendo que em 1996 passou a ser quadrimestral e, em janeiro de 2003, trimestral, tal como permanece até o presente momento. Esta periodicidade veio atender à grande demanda de artigos submetidos e à necessária ampliação de oportunidades de veículos de disseminação do conhecimento produzido na área de enfermagem e contribuiu para a ampliação da sua indexação.

Assim, em 2005, a *Texto & Contexto Enfermagem* já estava indexada nas seguintes bases de dados: LILACS, BDNF, CINAHL, CUIDEN – Index de Enfermería en Español, Fundacion Índex, Sistema Regional de Información en línea de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España e Portugal (LATINDEX), e Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Espana y Portugal (RedALyC).

Paralelo a isto, os investimentos na qualidade e na busca de indexadores que ampliassem a visibilidade e o consumo da revista sempre foi uma constante das Coordenadoras de Pós-Graduação do PEN/UFSC, assim como das editoras da revista. Assim, finalmente, em 2006, a revista passou a estar disponível on-line, em texto completo, em ambiente virtual próprio (<http://www.textocontexto.ufsc.br>). No mesmo ano, passou a integrar o Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) – enfermagem (<http://www.enfermagem.bvs.br>) (Bruggemann, Prado et al. 2007)

Além disso, num esforço coletivo imenso e empreendedor, no final de 2006, a revista foi aprovada para fazer parte da coleção SciELO Brasil (<http://www.scielo.br>), estando disponível em texto integral e open access a partir de setembro de 2007. A partir da inclusão nesta biblioteca virtual, a *Texto & Contexto Enfermagem* passou a ampliar a sua visibilidade

nacional e, especialmente, internacional, o que impulsionou mais ainda a busca pela excelência da mesma. Isto significou objetivamente: maior exigência na qualidade dos manuscritos, manutenção de no mínimo 70% de artigos originais em cada número e ampliação do número de consultores ad hoc, decorrente, principalmente, do exacerbado aumento no número de manuscritos recebido (Padilha, 2008).

A visibilidade, o livre acesso (open access), além da publicação de artigos originais resultantes de pesquisa em português, inglês e espanhol, promove uma aceitação dos indexadores internacionais de alto impacto e, conseqüentemente, maior aceitação da comunidade científica sobre o periódico. Neste sentido, após a inserção na Biblioteca Virtual SciELO, em 2008, a *Texto & Contexto Enfermagem* passou a estar indexada na Base de Dados SCOPUS, o que abriu definitivamente o mercado internacional para a revista.

O número de acessos aos artigos disponibilizados on-line passou a ampliar e influenciar nos índices de impacto da revista e, finalmente, em dezembro de 2009, também foi indexada no ISI – Web of Science (Thomson, 2009). (http://science.thomsonreuters.com/mjl/publishlist_ssci.pdf.)

Paralelamente a estas conquistas, o Conselho Diretor da Revista *Texto & Contexto Enfermagem* tomou uma decisão difícil, porém decisiva, para a continuidade da revista, em termos do crescimento vertiginoso de artigos recebidos pela mesma, ao longo do tempo. A decisão foi de terminar a publicação de números temáticos específicos, após 18 anos (1992-2009). Esta conduta começou a vigorar a partir de 2010. Visamos, com isto, ampliar o número de artigos em cada número, à possibilidade de submissões, assim como, melhorar as possibilidades de socialização da informação científica

ca oriunda das diversas áreas da saúde e enfermagem (Bruggemann; Ramos, Padilha, 2010).

Ao tentar sintetizar a história da Revista Texto & Contexto Enfermagem procuramos salientar especialmente as conquistas e os desafios enfrentados, mas ao finalizar este texto é importante salientar que para que tudo fosse possível, foi necessário o esforço e o empenhamento de todos os personagens que viveram este processo; desde as Coordenadoras de Pós-Graduação, as Editoras, Secretarias, Bolsistas e Consultores, que, num trabalho coletivo, integrado, atento a todos os processos de mudanças e exigências, especialmente das instituições indexadoras, não pouparam esforços para tornar realidade esta revista reconhecida e valorizada nacional e internacionalmente.

Referências

- BRUGGEMANN OM; PRADO ML; BACKES VM; MONTICELLI, Marisa, PADILHA MI. (2007) Texto & Contexto Enfermagem: 15 Anos de Contribuição na Socialização do Conhecimento em Enfermagem e Saude. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 16(4): 769-72.
- BRUGGEMANN OM; RAMOS, FR, PADILHA, MI. (2010) Editorial. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar; 19(1): 11-2.
- ELSEN, I (1995). Editorial. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 4, n. esp., 11-13.
- MANCIA, JR, PADILHA, MI, RAMOS, FS (2011) Capítulo X - A Organização Da Enfermagem Brasileira Parte 1 - A Associação Brasileira De Enfermagem (Aben). In: Enfermagem: Historia de uma Profissao. Org. PADILHA, Maria Itayra, BORENSTEIN, Miriam S., SANTOS, Iraci. Sao Paulo: Difusao Editora,.
- Ministerio da Educação. (BR). Estatísticas BRASIL [internet] [acesso em 08 Jul 2011]. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/estatisticas>.
- PADILHA, MI (2008). Editorial. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 623-4.
- PADILHA, MI CS; SILVA, Guerreiro D (2002) . A temática como possibilidade de intersubjetividade - uma opção da Revista Texto&Contexto Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem (Impresso), Brasília, v. 55, 171-182,
- THOMSON R (2009). Source publication of Web of science® - Social Sciences Citation Index® 2009 [online]. [acesso 2009 Dez 23]. Disponível em: http://science.thomsonreuters.com/mjl/publist_ssci.pdf

Fenomenología

Terapia alternativa

Alternative therapy

Terapia alternativa

Concepción García De las Bayonas Blánquez

Relato finalista X Edición Premio Vida y Salud de Relatos (modalidad absoluta).



Laura estaba llenando el depósito de un Audi A3 en la gasolinera en donde trabajaba. Un coche entró en la estación de servicio y paró. El pasajero que había en la parte de atrás del vehículo abrió la puerta y, una pelota cayó fuera del mismo. Inmediatamente una bola grande, peluda, de color blanco y marrón, salió detrás de ella. Tenía que correr, agarrarla con la boca y, después, colocarla a los pies de la persona que se la había tirado. Siempre era igual: pelota, carrera, pies del amo, caricia; pelota, carrera... ahora algo no cuadraba. Su amo había olvidado cómo terminaba el juego y arrancó el coche antes de que él regresara. De repente, Laura se dio cuenta de la jugada: habían abandonado otro cachorro y, con este, ya iban cuatro en poco tiempo.

-¡No, otra vez no! dijo indignada; corrió detrás del vehículo hasta que se dio cuenta de

que era inútil. El perro la miraba, con la pelota en la boca, totalmente desorientado; no sabía qué hacer. Al principio, el chuchó siguió el rastro del coche durante un rato intentando alcanzarlo. Después, perdió la esperanza de lograrlo y volvió dónde estaba ella. Se compadeció del pobre perro; lo vio tan desamparado que se acercó a él y lo acarició para tranquilizarlo, le habló en voz baja y le puso un cacharro con agua, que el animal bebió con avidez. Esperó un rato para ver si los dueños del can volvían a por él, aunque en el fondo, sabía que eso casi nunca ocurría. Ya tenía recogidos tres animales abandonados; no podía alimentar a más. El perro no sabía dónde dormir, necesitaba su cesta con su cojín. Estuvo buscando un sitio, en donde recostarse, hasta que agotado por el miedo y el cansancio se quedó dormido debajo de un coche. Laura tenía que buscar una solución para que no fuera atropellado cuando se cruzase de un lado a otro de la carretera. De repente le vino a la cabeza la persona que podría resolverle el problema: por las noches oía su programa casi a diario y sabía lo comprometida que estaba con el mundo de los animales; la locutora buscaría una solución. Cogió el teléfono decidida a contar el caso.

Berta, esa noche como otras, estaba desvelada; le costaba mucho dormirse. Su situación actual, no era precisamente la adecuada para

tener felices sueños. Acababa de terminar con los tratamientos de quimioterapia y la vacuna contra el cáncer de pecho, después de una operación en dónde le habían extirpado un tumor y varios ganglios del brazo. Eso ya de por sí, es bastante traumático y necesita todo el apoyo familiar, pero ella también había terminado con otra situación que la había amargado durante bastante tiempo: su matrimonio. Dijo: ¡Basta! en aquel momento; por eso ella también estaba perdida. Debía organizar su vida de nuevo. Los médicos le habían aconsejado que no era la mejor época para una separación sobre todo cuando estaba, además, a punto de jubilarse. El momento era muy crítico. Ella lo sabía y sus hijos también pero se dijo:

-Más vale estar sola que mal acompañada y, esta vez, fue la definitiva. A partir de entonces, cualquier decisión que tomase sería responsabilidad suya y de nadie más. Pedro y Virginia ya eran mayores y vivían independientes, pero insistían en que se dejase aconsejar por una psiquiatra para no caer en una depresión. Berta rechazaba esta idea: no quería más visitas a médicos nuevos. Tenía que hacerse tantas revisiones y tan continuas, provocadas por su enfermedad, que la idea de agregar a la lista una revisión más, la echaba para atrás. Sin embargo, necesitaba algo que le diera ánimo para levantarse cada día con optimismo y, ella sola no encontraba aquella chispa que hacía tiempo había tenido y que le había hecho superar cualquier contrariedad por grande que hubiera sido. Por eso, cuando se despertaba de madrugada y empezaba a repasar las últimas etapas de su vida, se espabilaba de tal forma que ya no había posibilidad de dormirse. Aquella noche era una de esas, así que conectó la radio y sintonizó una emisora que de vez en cuando oía de madrugada. Aunque algo adormilada, pudo escuchar a Laura contar el caso

del perro que tenía recogido en su gasolinera. Ella acababa de exponer el problema:

-No puedo hacerme cargo de más animales. Si alguien necesita un perro que llame a esta emisora y ellos les darán mi dirección. Como solución provisional, desde el programa localizaron un refugio que estaba cercano a la gasolinera, para que fueran a recogerlo. Pero este centro estaba tan saturado, que dijeron que no podían tenerlo indefinidamente porque estaban escasos de medios económicos para alimentarlo, sin embargo la locutora del programa, tan solidaria y tan sensible con estas situaciones, habló por las ondas:

-Si alguien que me esté oyendo necesita un animal de compañía, ahora es el momento. Yo me comprometo a hacerme cargo de todos los gastos y a acompañar a esta persona al refugio a recogerlo en el momento en que nos llamen diciendo que ya lo tienen en sus instalaciones.

Berta todavía no se explica cómo medio dormida, pudo retener el teléfono que dijeron por la radio. Estuvo unos minutos recapacitando: sabía que sus hijos iban a poner el grito en el cielo, que dirían que estaba muy delicada y que tendría que madrugar todos los días para sacarlo. y que con cuidar de sí misma ya tenía bastante pero, ella necesitaba algo, un aliciente que la obligase a mantenerse activa y a salir a la calle aunque hiciera mal tiempo. Por otro lado hacía poco tiempo había leído unos estudios realizados por la Universidad de Alabama en los que decían que la compañía de un perro era más beneficiosa que una terapia psicológica y que además, aumentaba la calidad de vida de su dueño sobre todo cuando eran mujeres que vivían solas. Estaba segura, esa petición de ayuda era para ella, por eso recordaba el teléfono y por eso esa noche estaba despierta. Marcó el nº que habían dado por la emisora:



-Ya tenemos una señora que se queda con el perro, oyeron todos los que en ese momento tenían sintonizado el programa. La alegría de la locutora se hizo patente por las ondas e inmediatamente pusieron en contacto a Laura con Berta:

-¿Laura? Mire, yo me quedo con él; en el momento que lo tengan en el refugio vamos a buscarlo.

-No sabe la alegría que me da. No se puede imaginar la cantidad de perros que abandonan todos los días en la carretera. A veces los que parecen animales son las personas.

Pasó casi un mes y medio desde que Berta aceptó quedarse con el perro, hasta que los voluntarios del refugio pudieron capturarlo. Laura los llamó cuatro veces diciendo que el perro había vuelto y que podían ir a por él, pero cuando ellos llegaban, se les escapaba como si hubiera estado toda su vida acostumbrado a huir de alguien. Un día, apareció hecho una calamidad; se notaba que lo habían tenido atado y le habían pegado. Llegó con las orejas gachas y el rabo entre las patas. Cuando lo vio de esa manera se acercó y el perro se dejó acariciar por ella.

-Buen chico, tranquilízate, ya hemos encontrado a una persona que te va a querer mucho, le decía mientras le sujetaba con cuidado e iba andando con él hacia el lugar en donde

tenía una correa.

-Ya lo tengo; ahora no se escapará porque lo he atado. Podéis venir a por él. Al día siguiente, Berta recibió una llamada de la locutora:

-Berta, soy Rosa; ya tienen al perro, podemos ir a recogerlo.

Al oírla, se puso nerviosa, tenía muchas ganas de tenerlo en casa: algo la decía que aquello iba a ser su mejor medicina. Era noviembre y hacía bastante fresco; cuando llegaron al Centro de Recogida, que estaba en la provincia de Burgos, el veterinario las estaba esperando con Pepe: ese era el nombre que le habían puesto en el refugio. El primer momento fue de nervios y de tanteo, tanto por parte de Pepe como de su nueva ama. A ella le pareció un poco más grande de lo que esperaba y le dio un poco de miedo pensar que no pudiese dominarlo cuando lo sacase a pasear, pero el pobre ¡estaba tan delgado! Lo acarició y el perro se dejó hacer; al pasarle la mano por el lomo le notó todas las costillas.

-Es de raza grifón, dijo el veterinario. Le hemos puesto ese nombre pero usted se lo puede cambiar. No sabemos si habrá adquirido algunos vicios que hagan incompatible su vida en familia, por eso no le hemos colocado el chip todavía. Si usted ve que por cualquier causa, no puede hacerse cargo de él, ¡Por favor! nos lo trae otra vez, pero no lo abandone.

-No se preocupe, nunca lo dejaría. Lo que sí haré será cambiarle el nombre; con un Pepe en mi casa ya tuve bastante.

Rosa y Berta metieron a Pepe en el coche. No les costó ningún trabajo, le taparon con una manta y se acurrucó tan a gusto. Hacía tiempo que no se sentía así, tan mimado y querido. Las dos iban contentas pensando que el perro también lo estaba. Lo malo fue sacarlo del vehículo cuando llegaron a Madrid. Todavía hay vecinos que recuerdan la llegada:

era muy gracioso ver como intentaban moverlo del coche a empujones. Pepe se aferraba al asiento sin querer salir de allí. ¡Pobre! pensaba que otra vez iba a empezar su calvario. Por fin, empujándolo de nuevo, pudieron meterlo en el ascensor y con mucho esfuerzo entrarlo en casa. La vecina del noveno, cuando la ve, siempre le comenta lo mismo:

-Berta, no te puedes ni imaginar lo cómicas que estabais las dos peleando con el pobre chucho. ¡Menos mal que no os mordió!

-Bueno, ya estás en tu nuevo hogar, dijo cerrando la puerta, veremos si te adaptas a él. Estuvo acariciándolo durante un rato, después le puso comida, agua y un cojín para que durmiese cómodo. La primera noche, Pepe se quedó en la puerta de entrada y no consintió moverse de allí. Tampoco comió nada, estaba muy asustado, solo bebió agua. Berta también lo estaba, no sabía cómo iba a resultar la experiencia, pero el perro, cuando se acostumbró al calorcito de la calefacción, durmió como un tronco; fue ella la que no pegó ojo en toda la noche. Al día siguiente, observó que no se había movido del sitio en dónde lo dejó. Al poco tiempo llegaron sus hijos para conocerlo y después la acompañaron al veterinario. Allí eligieron un nombre nuevo: le llamaron Bobby. Ese día Bobby, entro un poco al salón; con mucho cuidado iba oliendo y físgoneándolo todo. Solo cuando llevaba un día y medio, se acercó a Berta, que estaba viendo la televisión y apoyó su cabecita sobre las rodillas de su nueva dueña. A ella le dio un vuelco el corazón: por fin estaban conectando. Bobby se fiaba de nuevo de la raza humana. A partir de aquel día la vida de los dos cambió mucho: ella prefirió la compañía del pobre animal a las visitas al psicólogo, los paseos con Bobby al Prozac y al Transilium y las tertulias de vecinos con perros, a las sesiones de diván del psiquiatra. Ahora en estas reuniones, ha conocido a muchos veci-

nos; se cuentan sus problemas personales y, se ayudan unos a otros.

Berta, todas las tardes, camina durante bastante rato acompañada por su nuevo amigo, a veces también va su hija con ellos. Son paseos agradables, sin nadie que la juzgue ni que se interponga en su paz interior, ideales para mejorar su estado de ánimo. No sabe si el perro la encontró a ella o ella encontró al perro. Pero está segura de que la mejor terapia que podía hacer para recuperar su alegría ha sido adoptarlo. Ahora no se encuentra sola, tiene un compañero de piso que le da amor incondicional sin pedir nada a cambio y, hasta puede ser a veces, su confidente.



Esperanza de estrellas

Hope Stars

Esperança de Estrelas

Carmen Martínez Coello

Relato finalista X Edición Premio Vida y Salud de Relatos (modalidad profesionales de salud).



A menudo acude a mi memoria la vida de Juana. Son retazos sueltos, algo que ocurre que me lleva a ella.

Voy a buscar en mi memoria esos recuerdos para atraparlos y guardarlos en el papel. Siempre hago lo mismo cuando no quiero perderlos.

Los recuerdo, los atrapo, los guardo escribiendo y de paso os los cuento...

Cuando la conocí y me detalló su historia increíble, Juana ya había despertado de la pesadilla que había padecido durante años, como quien sufre una adicción, al tabaco, al alcohol ó a cualquier droga. Igual que cuando se lucha contra una enfermedad incurable. Había solo una pareja, en una mesa distante, en el otro extremo de la terraza. Teníamos toda la tarde por delante. Juana pidió una limonada, yo un té al que mitigué su fuego con un cubito de hielo. Todo estaba en calma. Ella me hablaba y respiraba hondo, liberada.

Empezó a contarme su historia despacio. Su hablar y su gesto, me sugirió imaginarla

encajando segura y pausada las piezas de un gran rompecabezas. Durante mucho tiempo, por lo menos cuatro años, vivió una forma de vida contra la que luchaba cada día, pero que al mismo tiempo le atraía como un gran imán.

Ahora veía con claridad. Se recordaba intentando vanamente adaptar a su vida burbujas flotantes de tiempo que venían a su vida y se iban. Tan efímeras, que a veces en la soledad de aquellas noches tan oscuras, llego a dudar si existían.

Juana se enamoró. Vivió una historia de amor verdadero, de esas que nos cuentan en los libros. Conoció ese amor que hace que el mundo gire, pero había un gran problema. Era una historia de amor donde solo amaba ella.

El gran amor de Juana era un pobre diablo, que ya bastante tenía con ser diablo pero pretendió engañarla con un falso amor de verdad. Y que, además de diablo resultó ser un Don Juan.

Su mirada se veló como un cristal empapado de agua.

Recordó aquel presentimiento, como le avisó su intuición, más en su corazón que en su mente. Y como, sin embargo, miró para otro lado.

A partir de entonces, empezó a sentir el daño que sufren los que están atrapados en las redes de una adicción. Saben y reconocen lo que les hace daño, pero siguen, creen que lo pueden dejar cuando quieran, en el momento que decidan hacerlo. Lo que pasa es que cuan-

do lo intentan, se dan cuenta que no es así, que resulta que no pueden.

Cada día que pasaba, Juana veía como esos momentos maravillosos y aislados que le hacían vivir y le insuflaban aire para respirar el resto del tiempo, se convertían en una trampa mortal. Cuando pasaban, la realidad era una caída libre al abismo más oscuro de sus pesares y contradicciones. La grafica de su vida era como los dientes de una sierra, definidos y cortantes.

El efecto inmediato, cada día era más devastador. Lejos de calmarla le desarrollaba más la dependencia y la angustia. Pensaba que, como con el tabaco, tarde o temprano llega un día que seguro que vas a dejar de fumar. Es el día que sufres un infarto. Pero con eso otro, el corazón se iba muriendo y se llevaba la ilusión y la esperanza. Además percibía claramente como cada día la derrota iba ganando terreno en su vida.

Juana se rebelaba, pero no había nada que hacer, me decía. Era lo que había. El diablo se alimentaba hasta de sus cenizas.

Me dijo, que hubo un de tiempo en que lle-go a aceptar que el resto de su vida la viviría así. Sería como existir sin vivir. Permaneciendo en un desasosiego constante después de saber lo que es la vida plena, la paz y la calma. Después de sentir el estado de bienestar ideal de las personas y de las cosas, de descubrir por si misma y sentir la fuerza que hace que salga el sol cada día.

Se recordaba siempre triste, cada día que pasaba, un poco más. Solo respiraba. Caminaba por un callejón sin salida, a cada paso más cansada, sin esperanza, sin fuerzas, en la soledad mas profunda. Sentía al contarle el daño que sufrió en aquel tiempo, como le mordía por dentro. Hasta que, por fin, escuchó lo que resonaba todo el tiempo en su cabeza. Que no

podría aguantar mucho más en ese estado, se acabaría muriendo.

Y todavía ahora, me dijo, no puede acordarse bien como fue, pero sucedió. Fue como un renacimiento, como volver a nacer. Poco a poco empezó a recordar cómo era antes de que esa sombra entrara en su vida oscureciéndolo todo. Recordó su fuerza, su optimismo, su sonrisa, su complicidad con ella misma ante el espejo, y empezó a echarse de menos. Recordó sus ilusiones y sus sueños...

Sintió como si le hubiesen robado. Se paró a pensar y se dio cuenta que eso no era del todo cierto, había sido ella quien lo había regalado todo. Había metido su vida entera con su risa, su salud, sus ilusiones, su pasado y su presente, en un sobre cerrado, y lo había echado a un buzón de correos, sin destinatario.

Juana me dijo que fue entonces cuando decidió recuperarlo todo y se vio a si misma, buscándose desesperadamente en una gran oficina de objetos perdidos. Se sintió llena de fuerza y comenzó a buscar sin parar.

Pasaron muchos días llenos de esa mezcla de incertidumbre absoluta y de mucho tiempo de soledad acumulada, pensando que nada iba a encontrar. A veces flaqueaba, pero aprendió a ser práctica. Dedujo que, intentarlo iba a ser igual de duro que no hacerlo, y decidió buscar.

Dudó muchas veces si lo conseguiría, pero la posibilidad de encontrar una salida, por pequeña que fuese, la hacía seguir. Aunque solo fuera una rendija por donde entrase algo de claridad en aquella habitación tan vacía, en aquellos días tan oscuros.

Lo intentó una y otra vez, muchas veces. El simple hecho de intentarlo le daba mas fuerza. Además lo que si veía claro y nítido, era como el pobre diablo caía por un barranco y descendía a los infiernos, hasta que desapareció para siempre.



Me contó que hubo día, que no lo recuerda diferente a los demás que habían pasado, pero sí que a partir de entonces fue sintiéndose mejor.

Cerraba los ojos, se miraba por dentro y se sentía a gusto buscando. No podía creerlo pero un día vio como se encendía una luz. Entonces empezó a revolver ahí, a rebuscar sin parar hasta que por fin encontró...

Poco a poco, se acordó de recordar, y sintió como uno a uno, volvían a su mente aquellos momentos de la infancia que formaron su vida, los que habían echado cimientos en su manera de ser.

Se dio cuenta que el secreto, que la llave que tanto buscaba, esa que abría la puerta para salir, la tenía ella...

¡Pero como no se había dado cuenta!

No sabía como, pero volvía a estar allí después de tanto tiempo. Estaba en la casa de su niñez, en el campo, jugando con su pequeña pelota de colores, contando los botes contra la pared..., hasta diez con las manos juntas, luego dando una palmada en la espalda, luego con los nudillos y a sí..., sin fin.

Estaba en su habitación, cuando era una niña. Recordó tardes enteras haciendo su pri-

mera librería, juntando y pegando cajas de zapatos vacías. Allí colocó sus primeros libros. Peter Pan, fue el primero. Después una colección de cuentos, luego Agatha Christie y sus intrigas, también los consabidos diccionarios donde la obligaban a buscar cada vez que preguntaba...Era como un gran remiendo que a veces se tambaleaba, pero Juana la miraba fascinada. Su mayor ilusión era verla llena.

Se veía con el mandilón de rayas del uniforme y sus bolsillos manchados de tinta lavada, en los interminables días de colegio. Recordó aquellas mañanas heladoras de invierno calentando la ropa, casi mojada, en la estufa o calentando los zapatos en el horno de la cocina. Era un viaje en el tiempo.

Sintió y revivió con todos los sentidos cada recuerdo.

Sentada bajo las parras contemplaba aquellas cenas de verano en el jardín, con todos. Siempre acababan convirtiéndose en una algarabía, controlada al fin por algún "ya esta bien, niños" de su madre o una mirada seria de su padre.

Vio de nuevo, desde su cama de cuarterones blancos, como la luna entraba por las noches iluminando su habitación a través de la ventana abierta en el verano, y como mientras le pedía deseos se dormía soñando con caminos iluminados por estrellas.

Recordaba aquellos despertares bruscos y alborotados en la madrugada por la llegada de su tío Tito de América. ¡Eso sí que era un sueño real! me decía. Llegaba con unos baúles que abría de par en par ante la mirada de todos, desbordados y paralizados como por un encantamiento.

¡Que bien recordar todo aquello! Y siguió.... Se sintió como una pila cargándose. Se vio nítidamente, por fin, y se gustó tal como era.



Estaba claro. Juana tenía y guardaba bien la llave, el secreto que trasforma una noche oscura en una noche estrellada.

En la esperanza de otra forma de vida prometedora de sueños y de estrellas...

Se reconoció entonces con todo ese equipaje a su favor, con aquella maleta enorme y repleta. Podía abrirla y buscar cuando quisiera. No se había dado cuenta hasta ahora de su gran valor. Estaba llena a reventar pero no pesaba nada. Al revés, era la maleta la que tiraba de ella. Caminaba ilusionada, impulsada por ese depósito lleno de recuerdos, ilusiones y sueños.

Estábamos a finales verano. Se nos pasó la tarde volando entre tanto entusiasmo. Sentimos las dos en la cara la primera brisa fresca de Septiembre, esta vez llena de esperanza. No más de lo mismo de anteriores otoños, en que la cabeza se le llenaba de miedos. Para Juana, ahora todo era diferente.

Nos despedimos con la promesa de volver a vernos pronto de nuevo.

Durante este tiempo que ha pasado desde aquella tarde. Cuando pienso en Juana me traslado sin darme cuenta a una noche oscura en la que estoy mirando al cielo buscando alguna estrella.

Hace poco tiempo volví a verla y me contó como seguía sintiendo la vida cada día. Que no sabía como sería el futuro. Ella estaba en su ahora, en cada minuto. Me fije en sus ojos. Tenían un brillo especial.

Enseguida me trasladé a mi noche y miré al cielo pero esta vez estaba lleno de estrellas.

Historia

Academia Brasileira de História da Enfermagem – ABRADHENF: considerações e reflexões

Brazilian Academy of Nursing History ABRADHENF:
considerations and reflections

Academia Brasileña de Historia de la Enfermería ABRADHENF: consideraciones y reflexiones

Flávia de Araújo Carreiro*, Taka Oguisso**

*Enfermeira do Hospital Federal do Andaraí - RJ/ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Gerenciamento de Enfermagem da USP

**Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



**Brazilian Academy of Nursing History
ABRADHENF: considerations and reflections.**

ABSTRACT

This article is a clipping of the final report of the studies of doctorate of the first author, under orientation of second, whose object of study of the article is the Brazilian Academy of History of Nursing - ABRADHENF. Objective to understand the meaning of the initiative of a group of agents of the small field of

the History of the Nursing, inside of a bigger field that is of the Nursing. One consists in historical study of descriptive nature and approach critical-reflexive, whose interpretation of the data followed the principles of the content analysis. It concluded that the value of a scientific academy is in the capacity to congregate a intellectual capital intangible, translated in the identification of the professionals with ample gamma of abilities, beyond inferring that the foundation of the ABRADHENF inside represents change of values of the field of the Nursing.

Key words: Nursing History, Scientific Academy

Academia Brasileña de Historia de la Enfermería ABRADHENF: consideraciones y reflexiones

RESUMEN

Este artículo es un extracto del informe final de los estudios de doctorado de el primer

autor, bajo la dirección de la segunda, cuyo objeto de estudio de este artículo es la Academia Brasileña de Historia de la Enfermería - ABRADHENF. Su objetivo es comprender el significado de la iniciativa de un grupo de agentes en el pequeño campo de la historia de la enfermería, dentro de un campo más grande que es de la Enfermería. Constituye un estudio descriptivo, histórico y enfoque crítico-reflexivo, cuya interpretación de los datos siguió los principios de análisis de contenido. Llegó a la conclusión de que el valor de una academia científica es la capacidad de reunir un capital intelectual intangible, traducidos en la identificación de profesionales con una amplia gama de habilidades y competencias, e inferir que el fundamento de ABRADHENF representa el cambio de valores en el campo de la enfermería.

Palabras clave: Historia de la enfermería, Academia de ciencias

RESUMO

Este artigo é um recorte do relatório final dos estudos de doutoramento da primeira autora, sob orientação da segunda, cujo objeto de estudo do artigo é a Academia Brasileira de História da Enfermagem – ABRADHENF. Objetiva compreender o significado da iniciativa de um grupo de agentes do micro-campo da História da Enfermagem, dentro de um campo maior que é o da Enfermagem. Constituiu-se em estudo histórico de natureza descritiva e enfoque crítico-reflexivo, cuja interpretação dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo. Concluiu que o valor de uma academia científica está na capacidade de reunir um capital intelectual intangível, traduzido na identificação dos profissionais com ampla gama de habilidades e competências, além de

inferir que a fundação da ABRADHENF representa mudança de valores dentro do campo da Enfermagem.

Palavras-chave: História da Enfermagem, Academia científica.

INTRODUÇÃO

Este artigo é um recorte do relatório final dos estudos de doutoramento da primeira autora, sob orientação da segunda, no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, cujo objeto de estudo foi a identidade organizacional de uma academia científica no campo da Enfermagem.

No relatório final, partiu-se do pressuposto teórico de que houvesse existido uma academia científica no campo da Enfermagem, de acordo com os princípios da Escola Platônica, possivelmente ter-se-ia potencializada, consolidada, e até mesmo, legitimada a profissão. Tal inferência foi baseada em uma analogia com os processos de constituição de academias congêneres existentes, entre elas, a Academia Nacional de Medicina, a Academia Brasileira de Letras e a Academia Americana de Enfermagem, utilizadas como referências no estudo original.

A fim de tecer considerações e reflexões acerca de uma organização profissional de cunho mais segmentado, e com vistas a destacar o significado e a visibilidade de tal atitude, este artigo recorta a Academia Brasileira de História da Enfermagem – ABRADHENF como objeto de estudo, e tem como objetivo, compreender o significado da iniciativa de um grupo de agentes do micro-campo da História da Enfermagem, dentro de um campo maior que é a Enfermagem.

Desta forma, são feitas, considerações introdutórias acerca do atual cenário do cam-

po da saúde e da Enfermagem brasileira, do conceito e do significado de uma academia científica, além da fundação de uma academia especializada.

MÉTODO

Estudo histórico de natureza descritiva e enfoque crítico-reflexivo, cuja fonte de pesquisa foi o Estatuto da ABRADHENF, complementado por artigos, teses e dissertações pertinentes ao tema. A interpretação dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo, considerando o objeto e o objetivo propostos.

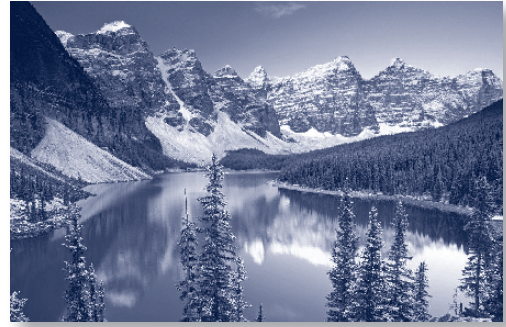
CONTEXTO BRASILEIRO DA SAÚDE E ACADEMIAS CIENTÍFICAS

Promulgada em 1988, a atual Constituição Brasileira contemplou de modo particular os direitos sociais, dentre eles e de forma especial, o direito à saúde, ainda hoje, um dos maiores problemas sociais a serem enfrentados pelo país.

Com reordenação e inovação nas diretrizes políticas aplicadas nessa área, a Carta Magna provocava uma reorganização de diferentes setores e instituições que compunham o campo da saúde, dado o amplo alcance das mudanças implementadas (Favieiro, 2007). A Saúde passava a ser entendida como um dever do Estado e direito extensivo a toda a população de forma igualitária e gratuita, agora assegurado em Constituição Federal.

Como consequência direta, os atores sociais do campo da saúde, entendido aqui como os profissionais da área das Ciências da Saúde, precisaram se reinventar, pois, mais informada e consciente de seu poder de reivindicação, a sociedade civil exigiu novo comportamento destes atores.

Isto feito, o campo da saúde, onde se esbarram interesses em fronteiras nem sempre ni-

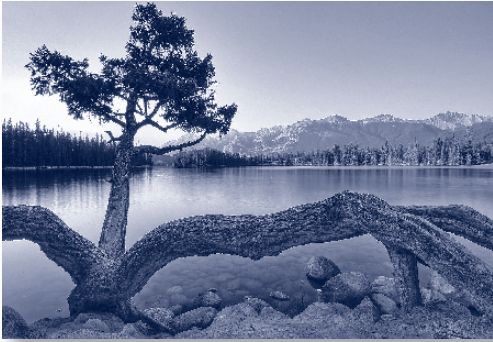


tidamente definidas, apresentou-se ainda mais competitivo, porque as antigas profissões não queriam perder espaço e poder para as mais novas, cujo objetivo destas era firmar-se e legitimar seu saber na sociedade.

Entender que as antigas profissões referem-se àquelas instituídas e reconhecidas pela sociedade, desde priscas eras como a Medicina, a Farmácia, e a própria Enfermagem, enquanto, as novas, surgiram a partir do século XX, “quase todas desempenhando atividades que anteriormente eram realizadas pela Medicina, tais como, a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Nutrição e a Biomedicina” (Favieiro, 2007, p.90)

A existência de áreas fronteiriças gera a necessidade de vigilância sobre os direitos profissionais adquiridos. Diferentes entidades, agremiações e/ou associações corporativas, respondem pelas várias vertentes destes direitos adquiridos, tais como, formação acadêmica mínima necessária, existência de Conselhos profissionais, carga horária de trabalho e piso salarial.

Nessa seara, destaque para as academias científicas pela missão e valores bastante distintos dos demais, já que se caracterizam pela capacidade de distinção social e científica de seus membros. Podem ter como função, o conhecimento sobre uma matéria, além de sua divulgação e controle, entretanto, deve-se distingui-la de outras formas de organização social (Malato, 2009).



Utilizando-se de referências em outros teóricos, Malato (2009) descreve que a Academia não é um local destinado a ensinar ou professar qualquer arte, mas um local onde se procura a perfeição, e é composta por pessoas de uma capacidade distinta as quais comunicam suas descobertas para o avanço mútuo do grupo.

Uma vez compreendidas como organizações profissionais, esses espaços de alta institucionalidade podem vir a exercer papel complementar às demais entidades de classe, pelos aspectos históricos embutidos em sua constituição, os quais a caracterizam e conduzem o seu papel na sociedade.

ACADEMIA CIENTÍFICA E SIGNIFICADOS

Segundo Evaldo A. D'Assumpção, membro da Academia Mineira de Medicina, ratificado por Lima (2007), "o termo ACADEMIA foi utilizado, pela primeira vez, no século XV, em Florença, Itália, e definia grupos de estudos de cultura clássica" (D'Assumpção, 2002, p.01), posteriormente se estendendo às escolas de nível superior. Foi somente a partir do século XVII, que o termo passou a ser utilizado para denominar sociedades de escritores, artistas e cientistas os quais se reuniam para estudar e promover suas especialidades.

Ainda segundo este autor, Academo foi um

herói ateniense, e o terreno que lhe pertencia e onde foi enterrado, situado a noroeste de Atenas, foi transformado no Jardim de Academo em sua homenagem, tendo sido construído nele, um templo dedicado a Atenas, deusa da sabedoria na mitologia grega.

Platão, ao desiludir-se com os caminhos políticos de Atenas, compra uma parte desta propriedade, e ali funda a Academia, também conhecida como Escola Platônica, iniciando suas atividades em 387 a.C.

Inquietação, reformulação permanente e multiplicação das vias de abordagem dos problemas, associada à filosofia como esforço para pensar mais profunda e claramente, caracterizaram o pensamento de Platão, que assim baseou sua Academia (Platão, 1999).

Com o mesmo ideal da escola platônica, diversas academias contribuíram significativamente na história de muitos países, divulgando e propagando o conhecimento científico em suas várias áreas, muito embora, a atitude da pesquisa científica surgisse séculos mais tarde, com o advento do Renascimento e do Iluminismo, na Europa Ocidental dos séculos XIV a XVI.

No panorama brasileiro, à guisa de curiosidade, é de 1724, a primeira academia que se tem registro, a Academia Brasílica dos Esquecidos, cujo caráter era literário e cultural (Fiohlais, Leonardo, 2007).

Pela representatividade em seus campos sociais, quais sejam, as Ciências Médicas e o campo das Letras, destaque para Academia Nacional de Medicina (ANM) e para Academia Brasileira de Letras (ABL).

A ANM tem como objetivos, servir como órgão de consulta do Governo brasileiro sobre questões de saúde, além de contribuir para o estudo, a discussão e o desenvolvimento sobre a prática da medicina, cirurgia, saúde pública

e ciências afins. Em 1889, após a Proclamação da República, muda sua denominação para Academia Nacional de Medicina, conforme se mantém até hoje (Academia Nacional de Medicina, 2006).

Sobre a Academia Brasileira de Letras, esta remonta ao final do século XIX, quando alguns escritores e intelectuais brasileiros desejaram criar uma academia nacional, seguindo o modelo da Academia Francesa, pautada no princípio da tradição, estabilidade e progresso. A iniciativa foi tomada por Lúcio de Mendonça, concretizada em reuniões preparatórias que se iniciaram em 1896, sob a presidência de Machado de Assis (Academia Brasileira de Letras, 2006).

Vale ressaltar que a Academia Francesa, fundada em 1635 pelo Cardeal Richelieu, invocava o “sítio de Akademos” e os princípios da escola platônica. Tinha como missão, a unidade do idioma nacional, através da redação de um Dicionário da Língua francesa, de uma Gramática e de um Tratado de Poética (Malato, 2009).

Internacionalmente, para a Enfermagem, constitui referência sobre o tema, a Academia Americana de Enfermagem (AAN – American Academy of Nursing). Fundada em 1973, o estudo que serviu de base para a sua criação, através de entrevistas com enfermeiros e não-enfermeiros, identificou como importantes para o sucesso da profissão: qualidade e reconhecimento no agir do enfermeiro, e seu objetivo seria o avanço do conhecimento na área, sendo a eleição para este órgão, vista como uma grande honra em reconhecimento ao avanço proporcionado pelo indivíduo à profissão (McCarthy, 1985).

Tendo em vista a trajetória das academias supracitadas, bem como, as imagens organizacionais por elas construídas, o pertencimento

a um determinado grupo acadêmico pode ser percebido como sinônimo de valorização e de reconhecimento nos âmbitos internos e externos à categoria profissional.

Nóbrega-Therrien, Almeida e Silva (2008) ao sugerirem a criação de uma Academia Cearense de Enfermagem, justificam tal proposta com o exemplo da Academia Cearense de Medicina, pois esta não se limitou ao registro das ocorrências históricas da Medicina no Ceará, mas também pretende influir na construção dessa história.

Estas autoras afirmam que a Academia Cearense de Enfermagem teria um compromisso com a História, mas também com o presente, ao lutar por um ensino de qualidade, pela valorização do trabalho e pelo direito à saúde de todos os cidadãos, exercendo um papel complementar às entidades de classe, como os Conselhos, Sindicatos e Associações ou Sociedades Especializadas, somando esforços em prol da valorização de cada categoria.

Em comum aos diversos processos de constituição de academias científicas pelo Brasil e pelo mundo, a necessidade do estabelecimento de uma cultura organizacional e dos valores balisadores desta cultura, influenciados pelas identidades pessoais e profissionais de seus membros, principalmente, a(s) liderança(s) desse processo.

Espera-se o lançamento de um ideal, a obtenção de adesões por identificação a este, e a transformação dele em uma verdade, ou seja, a instituição de uma crença simbólica para um determinado grupo de pessoas.

ACADEMIA BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM – ABRADHENF

Fundada em 13 de agosto de 2010, no auditório do Centro de Aprimoramento Profissional da Enfermagem do Conselho Regional de

Enfermagem – seção São Paulo (COREN-SP), seu objetivo é promover avanços nos estudos da história da enfermagem no Brasil.

Trata-se de uma organização associativa, de direito privado, constituída por tempo indeterminado, sem fins econômicos, de caráter organizacional e educacional, sem cunho político ou partidário, com a finalidade de atender a todos que a ela se dirigirem, independentemente de classe social, nacionalidade, sexo, raça, cor ou crença religiosa (ABRADHENSF, 2010).

No artigo segundo do Estatuto da Academia, no desenvolvimento de suas atividades, observará os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, considerando a finalidade principal de promover avanços no desenvolvimento da História da Enfermagem, e tornando-a relevante para compreender o passado, interpretar o presente e influenciar o futuro (ABRADHENSF, 2010).

Destacam-se como objetivos formais da ABRADHENSF: estimular o interesse e a mútua colaboração em História da Enfermagem; promover a educação de enfermeiros e do público, em geral, com relação à história e ao legado da profissão de enfermagem; promover e/ou fortalecer a inclusão do conteúdo da História da Enfermagem no currículo dos cursos de graduação, pós-graduação e de nível médio de enfermagem; além de fomentar a colaboração interdisciplinar em História com todas as ciências e saberes afins, entre outros (ABRADHENSF, 2010).

A categorização de seus membros em três grupos: efetivos, honorários e acadêmicos; onde o título de membro honorário é o reconhecimento da Academia a profissionais que tiverem contribuído com suas realizações para a História da Enfermagem; e o título de

membro acadêmico é conferido ao membro efetivo que comprovar quantidade e qualidade da produção científica e candidatar-se para compor o quadro da ABRADHENSF nesta condição (ABRADHENSF, 2010), são aspectos que demonstram uma aproximação com os princípios da Escola Platônica de produção do conhecimento.

Ainda segundo seu Estatuto, quanto à organização, está composta pela Diretoria, pelo Conselho Fiscal e pelo Comitê Executivo. De acordo com o artigo 12, sobre a viabilização e existência de pessoa de natureza jurídica, como é a ABRADHENSF, afirma que o primeiro presidente eleito terá a seu encargo, o registro legal da entidade e toda a documentação básica da ABRADHENSF deverá estar arquivada na sua sede.

Sendo assim, observa-se que a constituição de uma academia científica implica na existência de critérios sólidos e legítimos de acessibilidade ao seu seio, e estes viabilizam o cumprimento dos objetivos para os quais a agremiação foi criada, a fim de dar conta da manutenção de sua identidade organizacional.

No caso da ABRADHENSF, por se tratar de organização recém-criada, espera-se que os postulantes a seus membros, correspondam a estes objetivos, incluindo os valores de sua identidade pessoal e profissional.

Referendada nas trajetórias das academias congêneres, encontra-se viés para considerar a existência de uma academia no campo da Enfermagem, na imortalidade proferida na Academia Brasileira de Letras, pois ainda que o discurso *Ad immortalitatem* (“Para a imortalidade”) tenha sido importado da Academia Francesa, na prática, esta condição explica e justifica os rituais de distinção e referência da ABL em relação a seus membros.

Logo, o valor de uma academia científica



não está no seu patrimônio financeiro ou seus bens materiais, mas na capacidade de reunir um capital intelectual intangível, que se traduza na identificação dos profissionais com ampla gama de habilidades e competências, voltadas para o aprimoramento e valorização da profissão, principalmente, no complexo campo da saúde.

É o conhecimento da trajetória histórica que faz o profissional se diferenciar nas relações internas e externas ao seu campo. Nessa seara, a Enfermagem avança a passos largos, porque de longa data, os enfermeiros estudam e registram em pesquisas científicas, a sua própria História, sem falar na contribuição de profissionais de outras áreas, interessados na História da Enfermagem, oferecendo outros pontos de vista de um mesmo fenômeno.

Academias especializadas, como a ABRADHENSF, podem vir a desempenhar papel mais significativo e representativo do que uma academia de cunho mais amplo, pois dada a progressiva intangibilidade do conhecimento humano, é natural que cada profissão se fragmente e se organize sob áreas menores.

Sobre a visibilidade da fundação da Academia de História, uma adequada rede de relacionamentos, acompanhada de uma comunicação correta, incrementaram-na significativamente, ao eleger a data em que foi efetivamente fundada. Observou-se a inten-

cionalidade de um grupo de profissionais, alinhados e associados em prol de uma verdade: alavancar o status quo do campo da História da Enfermagem.

Representativa para a memória e a história da profissão, a data marca o centenário da morte de Florence Nightingale, fundadora da Enfermagem moderna, cuja pertinência mostra-se adequada estratégia de marketing profissional na sua escolha.

Se “toda ação humana procede do pensamento e todo pensamento é constituído a partir da ação” (Aranha, Martins, 2005), a fundação da ABRADHENSF significa mudança de valores no seio da Enfermagem, porque os que a exercem estão em busca de maiores conhecimentos sobre a própria profissão, de resgate do seu passado, de construção da identidade profissional e do futuro desejável para todos. Até recentemente, a História da Enfermagem constituía temática pouco valorada não apenas pelos enfermeiros, como pelos alunos e professores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se não conhecemos a trajetória percorrida pelos pioneiros e pioneiras do CUIDAR, impossível entender o presente, nos seus alinhamentos e realinhamentos pessoais e profissionais, os quais fomentam novos passos nesta trajetória. Assim sendo, o surgimento da ABRADHENSF demonstra ser mais um passo na compreensão e interpretação da trajetória da profissão, com interfaces nacionais e internacionais.

Infere-se estar ocorrendo uma mudança de valores dentro do campo da Enfermagem, onde se entende que a compreensão mais ampla do seu passado, instrumentaliza o profissional de hoje, para escolher com mais segurança, o futuro que quer para si e para profissão.

Para Dubar (2005), a construção de espaços de qualificação é produto de negociações sobrepostas que fazem se confrontar diversas categorias de atores, possuidores de interesses e representações diferentes, mas com o dever de realizar sua apropriação mútua. Aplicado ao campo da saúde, os atores sociais são pares e concorrentes em uma mesma seara, qualquer que seja a profissão inserida no campo, todavia, para que todo o grupo possa se beneficiar nas questões comuns, valem-se de organizações coletivas nas diferentes vertentes do exercício profissional.

Enquanto os animais estão acomodados ao mundo natural, e com isso, permanecem sempre idênticos a si mesmos, o ser humano ao contrário, é capaz de romper com a própria tradição, transgredindo interdições que representem fórmulas antigas e ultrapassadas, a fim de instaurar outras mais adequadas a resolução de problemas contemporâneos. O grande desafio é saber unir tradição e mudança, continuidade e ruptura, interdição e transgressão, para a construção de uma sociedade melhor (Aranha, Martins, 2005).

Em pleno século XXI, de informações e descobertas compartilhadas em tempo real com qualquer ponto do planeta Terra, via rede mundial de computadores, época alguma se atingiu um nível de inter-relacionamento que temos hoje. Todavia, como reflexo dessa extrema rapidez de troca de informações, não só na área da saúde, crenças solidificadas perdem a força que dava segurança às decisões importantes, enquanto a globalização ferece a possibilidade de adesão a idéias mais díspares, colocando em xeque uma “verdade absoluta” (Aranha, Martins, 2005).

Vive-se uma época em que a sociedade preza por conhecimento, mais que informações puras e simples. Abrem-se espaços para

a organização de profissionais dotados de capital intelectual – patrimônio intangível de qualquer empresa – organizarem-se sob a forma de academias científicas, seguidoras dos princípios da Escola Platônica, onde o peso da identidade desse grupo poderá transcender ao peso da identidade de cada profissional.

Historicamente, uma profissão que foi alimentada por ambiguidades, e mesmo ao final da primeira década do século XXI, ainda tem dificuldade de fazer marketing pessoal e de falar de sua capacidade profissional, precisa entender o que os clientes esperam dela, porque, tal qual os demais profissionais da área da saúde, trata-se de um profissional do conhecimento, que vende o que sabe sobre o cuidar desse cliente.

É imprescindível que os profissionais sejam capazes de identificar e refletir sobre os “pré-juízos” e tradições que perpetuam na Enfermagem, no sentido de superá-los, trabalhando a postura humana e a profissional, com o intuito de alvancar seu marketing pessoal e profissional.

Uma academia científica seguramente há de contribuir nesse marketing.

REFERÊNCIAS

- Academia Brasileira de História da Enfermagem. 2010. Estatuto. São Paulo.
- Academia Brasileira de Letras [On line]. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.academia.org.br/>. [Acessado em 2006].
- Academia Nacional de Medicina [On line]. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.anm.org.br/>. [Acessado em 2006].
- Aranha M.L.A. & Martins M.H.P. 2005. Temas de Filosofia, São Paulo, Moderna.
- D'Assumpção E.A. 2002. A Imortalidade Acadêmica [Palestra proferida na Academia Mineira de Medicina]. Disponível em: <http://acadmedmg.org.br/vs1/index>.

php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=33 [Acessado em 22 Fevereiro 2009].

- Dubar C. 2005. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais, São Paulo, Martins Fontes.
- Favieiro C.P. 2007. Conselhos Profissionais de Saúde e suas transformações, a partir da nova constituição: um estudo comparado entre os Conselhos de Farmácia, de Enfermagem e de Medicina. Porto Alegre, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica.
- Fiolhais C. & Leonardo A.J. 2007. Breve história das Academias científicas. Disponível em: <http://dererummundi.blogspot.com/2007/07/breve-histria-das-academias-cientificas.html> [Acessado em 23 Fevereiro 2009].

- Malato, M.L. 2009. A Academia de Platão e a Matriz das Academias Modernas. Notandum [On line], jan-abr. Disponível em: <http://www.hottopos.com/notand19/index.htm> [Acessado em Agosto 2009].
- McCarthy R.T. 1985. History of the American Academy of Nursing, United States, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Nóbrega-Therrien, S.M., Almeida, M.I. & Silva, M.G.C. 2008. Enfermagem no Ceará: fatos, reflexões e propostas para a preservação da história e memória da profissão. Rev Bras Enferm, 61, 258-61.
- Platão 1999. Série Os pensadores, São Paulo, Editora Nova Cultural.



Testimonio de José María de Puelles y Centeno como médico durante la III Guerra Carlista

Testimony of José María de Puelles y Centeno as physician during the III Carlist War

Testemunho de José María de Puelles y Centeno como um médico durante III Guerra Carlista

Molanes Pérez, Pablo*; Sáinz Otero, Ana M^a**^{*}; Herrera Rodríguez, Francisco^{***}

**Diplomado en Enfermería (Universidad de Cádiz). Alumno del Máster de Innovación e Investigación en Ciencias de la Salud y estudiante de 3^{er} curso de la Licenciatura de Historia.*

***Enfermera. Antropóloga. Doctora en Medicina. Profesora de Bases Teóricas y Metodológicas de los Cuidados de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz.*

****Catedrático de Historia de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Cádiz*



Imagen 1

Testimony of José María de Puelles y Centeno as physician during the III Carlist War

ABSTRACT

The memoirs of Jose Maria de Puelles y Centeno, allows us to analyze, on the medical condition of the sanitary situations of the sick and wounded between 1873-1876, during the Third Carlist War in the different fronts in which it participates and the role played by the Sisters of Charity and the International Red Cross in care of the soldiers. Comparison with other primary sources of the time allows us to

compare the information you give about the development of the war.

Keywords: Sisters of Charity, Carlist War III, MD, José María de Puelles and Centeno, International Red Cross, Healthcare.

Testemunho de José María de Puelles y Centeno como um médico durante III Guerra Carlista

RESUMO

As memórias de José Maria de Puelles Centeno e permite-nos analisar, com a condição médica das condições sanitárias dos enfermos e feridos entre 1873-1876, durante a Terceira Guerra Carlista nas diferentes frentes em que participa e o papel desempenhado pelas Irmãs da Caridade e da Cruz Vermelha Internacional no cuidado dos soldados. Comparação com outras fontes primárias do tempo nos permite comparar as informações que você dá sobre o desenvolvimento da guerra.

Palavras-chave: Irmãs da Caridade, carlistas War III, MD, José María de Puelles e Centeno, Cruz Vermelha Internacional, Healthcare.

RESUMEN

Las memorias de José María de Puelles y Centeno nos permite analizar, por su condición de médico las condiciones sanitarias de heridos y enfermos entre 1873-1876, en el transcurso de la III Guerra Carlista en los diferentes frentes en los que participa, así como el papel que jugaron las Hermanas de la Caridad y la Cruz Roja Internacional en los cuidados de los soldados. La comparación con otras fuentes primarias de la época nos permite contrastar la información que nos da sobre el desarrollo del conflicto bélico.

Palabras clave: Hermanas de la Caridad, III Guerra Carlista, Médico, José María de Puelles y Centeno, Cruz Roja Internacional, Asistencia sanitaria.

Este artículo es la ampliación de uno de los puntos de la comunicación “Apunte biográfico sobre el médico José María de Puelles y Centeno (1853-1927)” presentada al XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, celebrado en Ciudad Real del 15 al 17 de junio del 2011.

I. INTRODUCCIÓN

Los relatos autobiográficos nos proporcionan una fuente primaria de información que nos permite contrastar y construir de forma más fidedigna la historia, sobre todo a partir del desarrollo de la corriente historiográfica defensora de la microhistoria como la principal fuente histórica. El testimonio autobiográfico que nos proporciona José María de Puelles y Centeno a través de sus memorias nos permite, por su condición de médico del ejército liberal y prisionero del ejército carlista analizar no solo el desarrollo de la III Guerra Carlista, sino también analizar el estado sanitario de ambos bandos, de un valor excepcional. Tanto su persona como su obra han sido escasamen-

te estudiadas por los investigadores, haciendo una escueta referencia Antonio Orozco Acuña en “Médicos escritores gaditanos” (1978). Su vida ha llegado a nuestros días a través de sus obras, “Recuerdos de mi juventud” (1907) y “Como le quieran llamar. Colección de artículos, discursos y consejos” (1908).

II. INFANCIA Y FORMACIÓN

José María de Puelles y Centeno nace el 27 de Febrero de 1853, en la ciudad de Alcalá de los Gazules (Cádiz)¹. Su infancia la vive en su ciudad, rodeado de su familia, grandes propietarios de tierras y con un activo papel en la política local y provincial.

Cursó los estudios de Medicina en Cádiz entre 1869 y 1873, en pleno “sexenio revolucionario”, con unas calificaciones mediocres, tal y como justifica en su autobiografía “no con el aprovechamiento que debiera pues la política, el profesorado -pues yo explicaba Geografía, Historia y Retórica en el Colegio de San Carlos Borromeo- y la novia, que luego fue mi mujer, me distraían no poco el estudio”. Logra finalizar la carrera, revalidando los estudios en la Facultad de Medicina el 28 de Marzo de 1873.

En abril de 1873 recibe su primer trabajo, como médico titular de Jimena de la Frontera. Fue llamado a Servicio Militar Obligatorio para incorporarse al ejército liberal en la III Guerra Carlista². Entre el 17 y el 19 de noviembre recibió la orden de incorporarse a la Brigada Sanitaria de Madrid. A los pocos días de su llegada a Madrid es nombrado médico del Batallón de Cazadores de Segorbe Nº 19 y parte para Bilbao.

III. TESTIMONIO DEL CONFLICTO BÉLICO

La principal fuente de información sobre su participación en la guerra la tenemos a partir de sus memorias, las cuales tienen como eje

central sus vivencias en el frente³. La partida de Cádiz a finales de noviembre de 1873 la describe de la siguiente forma:

“Y no hubo otro remedio que abandonar, tal vez para siempre, aquel hogar querido donde dejaba todos mis amores -mis padres, mi mujer, mis hermanos- para lanzarme a lo desconocido, a la lucha terrible entre los hijos de la pobre España, que en fratricida guerra estaba consumiendo la flor de la juventud.”

De las condiciones higiénicas de los heridos nos dirá respecto al Hospital de Portugalete que “más parecían calabozos, en los cuales, si bien no se corría el peligro de morir por armas de fuego, en cambio, dada su humedad y escasa luz y ventilación, era muy posible la infección, como así, por desgracia, me sucedió a mí.” Por la ubicación del hospital que da, “situado entre el muelle y la suntuosa Párrroquia”, se trataba del hospital instalado el 1 de noviembre de 1873 en la casa de Benigno Salazar, por reunir mejores condiciones de defensa frente a un posible ataque, según refiere el Teniente Coronel D. Amós Quijada⁴⁻⁵.

En las inmediaciones del campo de batalla solía acondicionarse también Hospitales de Sangre, normalmente en iglesias y grandes casas (ver imagen 1). Nuestro biografiado nos ofrece el cuadro de la situación del Hospital de Sangre instalado en la Iglesia de Villafranca del Cid, tras la batalla del Barranco de Molleó del 29 de junio de 1875.

“Era horrible el aspecto de aquel santo lugar. Todas las capillas y las tres naves estaban macizadas de camas, en cuyos lechos se revolcaban horriblemente mutilados y desangrándose soldados y oficiales. En los altares chisporroteaban los cirios que alumbraban aquel cuadro de ho-

rror: aquí se hacía una amputación, allá se oleaba a un agonizante, acullá gritaba en el delirio de la fiebre un soldado llamando a su madre, y por todas partes camilleros, sanitarios con vendajes, médicos con cuchillos y bisturís, y entre el toque de las campanas de las Animas, el trotar de los caballos que pasaban por la cercana calle, el eco de las cometas y clarines, los ayes de los moribundos y los ruidos de las espuelas y de las armas aquello parecía una escena propia para ser descrita por la incomparable pluma del divino Dante”.

No será el único testimonio de la situación sanitaria en el bando liberal. Podemos destacar el testimonio de Vicente Kennett-Barrington, que participó como colaborador de la Orden Hospitalaria de los Caballeros de San Juan de Jerusalén en tres expediciones (abril-mayo 1874; octubre 1874-mayo 1875; septiembre 1875-mayo 1876) y de Concepción Arenal, como enfermera del hospital de la Cruz Roja en Miranda del Ebro.

De la asistencia sanitaria en el bando carlista nos ofrece nuestro médico el testimonio de su paso como prisionero enfermo por el Hospital de Santurce, al que califica de “*un amplio y vetusto palacio*”. Vicente Kennett-Barrington visitó los hospitales de Santurce el 3 de mayo de 1874, dos meses después de la liberación de nuestro biografiado; apuntando en su diario que “*Nunca había visto nada tan magníficamente organizado como los hospitales de Santurce*”. Según las anotaciones que recoge, los cuatro hospitales de Santurce tendrían una capacidad de 350 camas, siendo el de “*La Fonda*” el mayor⁶.

IV. LAS HERMANAS DE LA CARIDAD Y LA CRUZ ROJA EN LA CONTIENDA

José María de Puelles se hace eco de la



Imagen 2

atención sanitaria y del papel de los cuidados de las Hermanas de la Caridad durante su hospitalización en Santurce⁷. Se recuperó según él por “el bienhechor oxígeno de aquel salón amplio, la paz y reposo relativos de mi espíritu, la buena alimentación, los exquisitos cuidados de las hermanas de la Caridad”. La Asociación de las Hermanas de la Caridad venía a realizar las mismas funciones en el ejército carlista que la Cruz Roja Internacional, ya que pese a atender heridos de ambos bandos, la Cruz Roja no pudo actuar en la zona carlista, por no ser considerada por las potencias europeas como beligerante el dominio de Carlos VII (ver imagen 2). El doctor Nicasio Landa refiere la igualdad en el trato a heridos de ambos bandos en la carta que dirigió a la duquesa de Medinaceli el 9 de julio de 1874: “Muchas veces contemplé conmovido el hermoso cuadro que representaba un herido liberal llevado en brazos de dos fornidos soldados carlistas. ¡Qué inmensidad de consideraciones se presta!” (ver imagen 3). El primer año de la contienda el papel de las hermanas de la Caridad era llevado a cabo por familiares y voluntarios⁸, como recoge el general de artillería carlista Antonio Brea:

“El vacío era grandísimo; los pobres heridos



Imagen 3

eran insuficientemente curados y socorridos. Aún recordamos haberlos visto hacinados en habitaciones pequeñas, insalubres, en el hospital que se había improvisado en Abárzuza. El médico no tenía residencia fija en el hospital; y las camas y demás efectos eran debidos al desprendimiento particular de los vecinos de los pueblos comarcanos. El irremplazable instituto de las Hermanas de San Vicente de Paúl era sustituido por sus propias madres. Uno de los espectáculos que más presente se nos quedó en el recuerdo fue el ver a dos heridos carlistas, padre e hijo, asistidos varonil, pero nada facultativamente, por la esposa y madre de ambos desgraciados.”

V. PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS Y HERIDOS

La actuación a lo largo de la guerra de la Cruz Roja Internacional y las Hermanas de la Caridad marcarían un precedente en España, en cuanto al derecho humanitario sobre la atención a los caídos en campo contrario. Tenemos ejemplo a partir del oficio del 1 de marzo de 1873, por el cual el coronel del Regimiento de Lusitania disponía que: “La persona de todo carlista que se encuentre herido en los pueblos se considerará sagrada. Todo carlista que se coja herido después de un combate quedará indultado”. Nicasio Landa, médico militar e inspector general de la Cruz Roja Española atestigua, como le sucedió a José María de Puelles y Centeno, que los Hospitales de las hermanas de la Caridad acogieron en Logroño a heridos liberales.

De esta forma los hospitales se convierten en sitio de refugio de la población, como ocurrirá durante el cañoneo de la ciudad de Santurce por las tropas liberales “se llenó el

Hospital de mujeres y niños de todas las clases sociales, sin duda alguna porque suponían con razón que sobre él no dispararían, en atención a ondear sobre su torre la santa enseña de la Cruz Roja.”

Sin embargo esta inmunidad no podrá ser garantizada siempre, ya que durante el sitio de Portugalete, pese a estar protegido por la Convención de Ginebra de 1864⁹ y enarbolar la bandera de la Cruz Roja el edificio del hospital sufrió los impactos de proyectiles, debiendo trasladar a los heridos graves a los sótanos para protegerlos.

Las partes enfrentadas debieron pactar treguas temporales para recoger los cadáveres y darles entierro; como refiere Puelles, el cerco de los carlistas a Portugalete provocó que *“los cadáveres permanecían insepultos tres y cuatro días”* y la acumulación de enfermos y heridos daba al *“Hospital un hedor insoportable y un peligro horrible”*.

Fundamentándose en el Convenio Eliot se dispuso el intercambio general de prisioneros¹⁰. De la misma forma, en Cataluña, Martínez Campos y Tristany firmaron un convenio el 27 de febrero de 1875, por el cual se permitía el paso libre de soldados heridos. José María de Puelles refiere el hecho atroz ocurrido en Cataluña *“tuvo la inhumanidad de sacar de un hospital de los suyos a un médico provisional nuestro y fusilarlo sin tener en cuenta que no era un voluntario, que le amparaba y protegía la Convención de Ginebra y que estaba curando y asistiendo a los heridos de su propio campo.”*¹¹ También nos refiere José María de Puelles que él mismo contravino el Convenio de Ginebra, al encomendarle el Capitán General, Sr. Burgos, trasladar al brigadier del Batallón Iriarte un pliego con instrucciones de comunicación entre las autoridades militares.

José María de Puelles, siguiendo estos principios humanitarios no duda en asistir a los

enfermos del hospital de Santurce cuando el médico carlista se hallaba ausente. De la misma forma en Iglesias del Cid debe hacerse cargo de los heridos del hospital de sangre carlista, al carecer este de médico. La falta de personal sanitario es una tónica común en ambos ejércitos, debiendo nuestro biografiado cambiar varias veces de Batallón durante la contienda ante a la ausencia de médicos. Recibió ofertas de Urbina, secretario del estado mayor, durante su convalecencia en Santurce, para que se pasara a la causa carlista, según refiere *“por la escasez de facultativos en el campo carlista”*.

VI. CONDICIONES DE TRABAJO E INNOVACIONES SANITARIAS

Las duras condiciones de trabajo de los sanitarios de ambos bandos durante la guerra se manifiestan en la *“fiebre gástrica”* que contrae nuestro médico en el mes de enero de 1874 en Portugalete, *“por exceso de trabajo y mala alimentación”*, así como la anemia severa que le impide prestar servicio en campaña provisionalmente durante su estancia en Zaragoza. Su labor médica en el campo de batalla no estaba exenta de peligro, como demuestra en la batalla del Barranco de Monlleó, el 29 de junio de 1875: *“Subí mientras pude en mi caballo aquella agria y escabrosa montaña oyendo los silbidos de las balas a derecha e izquierda, y así que estuve en la meseta del cerro empecé a curar heridos que retiraban los camilleros.”* También dejará testimonio de las duras jornadas de trabajo a las que se enfrentaban los sanitarios, como relata de la noche siguiente a la batalla de Monlleó diciendo que esa noche no se retiraron los médicos hasta las dos de la madrugada, quedando José María de Puelles de guardia, sin poder conciliar el sueño en toda la noche *“ya le sobrevénia a un herido un síncope, ya una hemorragia, ya a otro se le aflojaba un vendaje o se lo arrancaba en su delirio.”*

Pero no solo escaseará el personal sanitario en ambos bandos, sino también material médico, dándose el caso que según el testimonio de Puelles el día 21 de enero de 1874, fecha de la rendición de la ciudad de Portugaleta a las tropas carlistas: *“A eso de las once o doce del día se me presentaron tres médicos carlistas vestidos de uniforme, que no venían, como tuvieron buen cuidado en decírmelo, a celebrar consulta por el compañero enfermo, sino a que les entregara el material sanitario que hubiese en mi poder. Yo le encargué a mi asistente les diera la caja de operaciones y se marcharon sin más ni más.”*

Pese a todo ello durante la guerra carlista se introducirán importantes novedades en la atención sanitaria a los heridos y enfermos, como la dotación a los sanitarios con mochilas botiquines de campaña o la creación por los Carlistas del servicio de Ambulancias Volantes¹² (ver imagen 4). Gimenez Enrich, reportero de guerra liberal dirá de estos carros: *“En la plaza de Lacunza estaban expuestos a nuestra vista los magníficos carruajes de ambulancia, para transportar ocho heridos acostados y cuatro sentados, de que se servía la benéfica Asociación de La Caridad. A los ojos de muchos, este sistema, basado en los últimos progresos de la Sanidad Militar, y oficialmente adoptado por todas las naciones civilizadas, excepto por las nuestra, constituía una novedad insigne.”* En los hospitales carlistas como el de Irache contaban con los más modernos equipos, incluyendo aparatos ortopédicos, colchones de goma elástica y cajas de instrumental quirúrgico modernas, importados del extranjero.

VII. FIN DE LA CONTIENDA Y REINCORPORACIÓN A LA VIDA CIVIL

La guerra terminó con la entrada del General Primo de Rivera en Estella el 19 de febrero

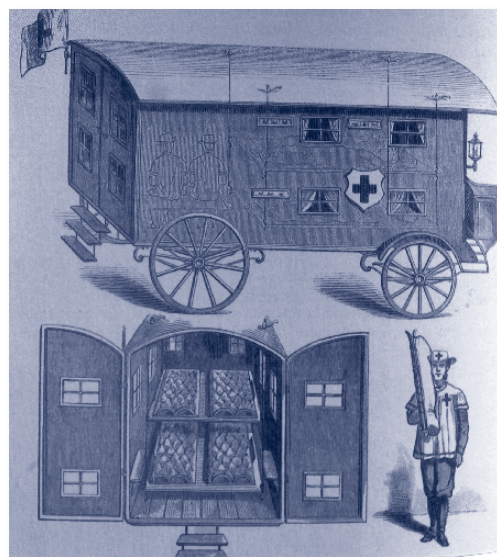


Imagen 4

de 1876, cruzando el pretendiente la frontera francesa por Valcarlos el día 27 de febrero. José María de Puelles es licenciado en mayo de 1876 regresando a Alcalá de los Gazules como médico titular. Entre 1883-1889 cursará la carrera de Derecho, abandonando definitivamente el ejercicio de la medicina en 1901, cuando obtiene la notaría de Medina Sidonia. Fallece el 8 de enero de 1927 en Medina Sidonia, a los 73 años¹³.

VIII. CONCLUSIONES

La importancia de la figura de este médico alcaíno radica en el valor del testimonio que nos lega a partir de sus escritos, que sin duda ayuda a esclarecer y comprender mejor unos años convulsos de la historia política y sanitaria de España. En palabras suyas: *“¡Triste destino el mío, haber sido súbdito de todos los gobiernos posibles en tan poco tiempo, desde la anarquía hasta el poder absoluto, desde el cantón federal en Jimena hasta la monarquía tradicional en Santurce!”*.

NOTAS

- 1- Archivo Parroquial Iglesia de San Jorge (Alcalá de los Gazules). Libro de Bautismos nº1. Folio 641.
- 2- Algunos historiadores consideran que se trata de la segunda, ya que no consideran como tal la Insurrección de Cataluña, también llamada Guerra de los Matiners (1846-1849). (Garmendia, Antoñana, Asín, 2007)
- 3- La Guerra comenzó el 14 de abril de 1872, cuando D. Carlos instigó el pronunciamiento desde su refugio en Ginebra. Un conglomerado de fuerzas tradicionalistas, cuyos principales fines eran la restitución de los fueros, la unidad católica del país y la oposición al sistema liberal-capitalista. Como consecuencia del periodo convulso de la Revolución de la Gloriosa (1968), de la I República y del Reinado de Amadeo de Saboya habían conseguido atraer a una parte desencantada de los partidarios Isabelinos hacia la causa carlista (Antoñana, 1990).
- 4- Archivo Histórico Municipal de Portugalete. Libro de Actas fecha 30.10.73.
- 5- El 21 de marzo de 1874 se habilitó como hospital las casas del Muelle Nuevo, con una capacidad según las observaciones de Kennett-Barrington para 200 camas.
- 6- Seguramente sería en el que fue hospitalizado José María de Puelles y Centeno. Según Kennett-Barrington el 3 de mayo de 1874 acogía un total de 117 ingresados (4 heridos carlistas; 1 herido liberal; 109 enfermos carlistas; 3 enfermos liberales).
- 7- La Caridad es creada en noviembre de 1873, promovida por Margarita de Borbón, esposa de Carlos VII.
- 8- La organización de la sanidad militar en el ejército carlista no se desarrolla hasta bien entrado el conflicto.
- 9- La Primera Convención de Ginebra de 1864 titulada "Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte que corren los militares heridos en los ejércitos en campaña de 1864" fue impulsada por Jean Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja.
- 10- El Convenio de Eliot fue firmado el 27 de abril de 1835, durante la I Guerra Carlista, por la mediación de Lord Edward Eliot (1798-1877), Comisario Británico. Sirvió para reducir los fusilamientos indiscriminados de heridos y presos de ambos bandos.
- 11- Refiere ser responsable este hecho del Capitán General del Ejército Real de Cataluña, Francisco Savalls y

de Massot, que ocupó la jefatura del Ejército de Cataluña entre marzo y septiembre de 1875. Este hecho contravenía lo pactado en la Convención de Ginebra por la cual el personal sanitario era considerado neutral y debía atender a heridos y enfermos de ambos frentes amparándose en los principios de humanidad.

- 12- Carros de caballos dotados con cajas de curas e instrumental para atender a los heridos in situ en el campo de batalla y hacer el transporte de forma confortable.
- 13- Registro Civil de Medina Sidonia. Libro de Defunciones. Tomo 64. Página 203.

BIBLIOGRAFÍA

- Caspistegui,F.; Larraz,P.; Ansorena,J. (2007). Aventuras de un gentleman en la tercera carlistada. Imágenes de la sanidad en guerra, 1872-1876. Gobierno de Navarra, (Pamplona)
- De Puelles,J.M. (1911). Recuerdos de mi juventud. Imprenta Manuel Álvarez Rodríguez, (Cádiz)
- Orozco,A. (1978). Médicos Escritores Gaditanos. Colegio Oficial de Médicos, (Cádiz)
- Garmendia, V. (1976). La Segunda Guerra Carlista (1872-1876). Siglo XXI Editores, (Madrid)
- Clemente, J.C. (1982). Las Guerras Carlistas. Ediciones península, (Barcelona), 236-237
- Viñes, J.J. (2001). El doctor Nicasio Landa. Médico y escritor. Pamplona 1830-1891. Gobierno de Navarra, (Pamplona).
- Larraz,P. (2005). La sanidad militar en el ejército carlista del norte (1833-1876). Aportes: Revista de Historia Contemporánea, 58, 37-49.
- Brea,A. (1897). Campaña del Norte de 1873 a 1876. Imprenta de la Hormiga de Oro, (Barcelona), 24-25.
- Parés,M.E. (1977). La sanidad en el partido carlista (primera y terceras guerras carlistas). Medicina e Historia 68, 8-26.
- Arenal,C. (2005). Cuadros de la Guerra Carlista. Facsimil de la primera edición de 1880. Renacimiento, (Sevilla)
- Villaluenga,J. (2007). La sanidad y la beneficencia de Portugalete a mediados del siglo XIX. Sancho el Sabio 26, 11-23
- Puelles, J. Genealogía de los Puelles. Disponible en: <http://www.jpuelleslopez.com/GenPuellesC.htm#genc> [consultado 12-04-11]

Antropología

Descubriendo caminos: la relación enfermera-familia en comunidades rurales en la Amazonía peruana

Discovering roads: the relationship nurse – family in rural communities of the Peruvian Amazon

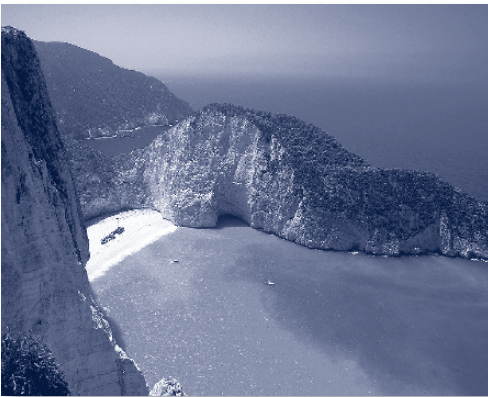
Descobriendo caminhos: o relacionamento enfermeira-família em comunidades rurais da Amazônia peruana

¹Chávez Alvarez, Rocio Elizabeth, ²Angelo, Margareth, ³Hoga, Luiza Akiko Komura

¹Doctoranda en Cuidados de la Salud, Programa de Post-Grado en Enfermería. Universidad de Sao Paulo (USP). Brasil.

²Ph.D. Profesor Principal. Departamento de Enfermería Materno Infantil y Psiquiátrica. Escuela de Enfermería. USP. Brasil.

³Ph.D. Profesor Libre-Docente. Departamento de Enfermería Materno Infantil y Psiquiátrica. Escuela de Enfermería. USP. Brasil.



Discovering roads: the relationship nurse – family in rural communities of the Peruvian Amazon

ABSTRACT

From the experience lived by one of the authors as a community nurse in Peru, this reflection had as aim to describe and to understand the meaning and sense found in the relationship between nurse and families in rural communities. The Interpretative Interactionism permitted us the analysis of the experience, where “Discovering roads” was the main

component of the experience. The valorization of nurse-family relationship, in a comprehensive and humanized way, allowed to carry out the basic actions with the families. The steps followed were: Inserting in their world; Knowing their reality, Perceiving their vulnerability; Understanding their concerns; Perceiving their ways of acting; Sharing the activities. In the description of the meanings attributed to the experience, contextual aspects, actions and intentions of the nurse and the feelings emerged during the implementation of the activities with the families, were explored. This work enabled us to understand the meaning of the experience, rescuing the importance of nurse-family relationship, making appropriate use of communication, observation and interaction, as well as, the use of strategies to achieve walking toward cultural maturity and humanized care, together and, in order to solve some crucial problems and needs that emerge in this context.

Key-words: Professional-family relations. Family health. Family nursing. Community health nursing. Rural health.

Descobrimdo caminhos: o relacionamento enfermeira-família em comunidades rurais da Amazônia peruana

RESUMO

A partir da experiência vivenciada por uma das autoras enquanto enfermeira comunitária no Peru. Esta reflexão teve como objetivo descrever e compreender o significado e o sentido encontrados no relacionamento enfermeira-família em comunidades rurais. O Interacionismo Interpretativo permitiu a análise da vivencia, onde “Descobrimdo caminhos” constituiu-se o componente principal da experiência. A valorização do relacionamento enfermeira-família de forma integral e com cuidado humanizado permitiu o cumprimento das ações básicas previstas no trabalho com as famílias. Os caminhos percorridos foram: Inserindo-se no mundo, Conhecendo sua realidade, Percebendo sua vulnerabilidade, Compreendendo suas preocupações, Percebendo sua forma de agir e, Compartilhando as atividades. Ao descrever os significados atribuídos à experiência foram explorados aspectos contextuais, ações e intenções da enfermeira e os sentidos encontrados durante as atividades desenvolvidas com as famílias. Compreender o significado da experiência permitiu resgatar a importância do relacionamento enfermeira-família, com o uso adequado da comunicação, observação e interação e utilizando estratégias para uma caminhada conjunta em direção ao amadurecimento cultural e o cuidado humanizado, permitindo a resolução de alguns problemas e necessidades prioritários nesse contexto.

Palavras-chave: Relações profissional-família. Saúde da família. Enfermagem familiar. Enfermagem em saúde comunitária. Saúde da população rural.



RESUMEN

Partiendo de la experiencia vivida por una de las autoras como enfermera comunitaria en Perú, esta reflexión tuvo como objetivo describir y comprender el significado y sentido encontrados en la relación enfermera-familia en comunidades rurales. El Interaccionismo Interpretativo permitió el análisis de la vivencia, donde “Descubriendo caminos” se constituyó el componente principal de la experiencia. La valoración de la relación enfermera-familia de forma integral y con cuidado humanizado dio paso al cumplimiento de las acciones básicas previstas en el trabajo con las familias. Las etapas recorridas fueron: Insertándose en su mundo, Conociendo su realidad, Percibiendo su vulnerabilidad, Comprendiendo sus preocupaciones, Percibiendo su forma de actuar y, Compartiendo las actividades. Al describir los significados atribuidos a la experiencia fueron explorados aspectos contextuales, acciones e intenciones de la enfermera y los sentidos encontrados durante las actividades desarrolladas con las familias. Al comprender el significado de la experiencia se rescató la importancia de la relación enfermera-familia, haciendo uso adecuado de la comunicación, observación e interacción y utilizando estrategias para un caminar juntos hacia la madurez cultural y el cuidado humanizado, que permi-

tieron la resolución de algunos problemas y necesidades prioritarios en dicho contexto.

Palabras-clave: Relaciones profesional-familia. Salud de la familia. Enfermería de la familia. Enfermería en salud comunitaria. Salud rural.

INTRODUCCIÓN

Caracterización y contexto de las comunidades rurales

El trabajo como enfermera durante varios años con familias en comunidades rurales del Perú, posibilitó la vivencia de muchas experiencias en la relación enfermera-familia. La descripción y análisis de las interacciones desarrolladas con estas familias, el trabajo cotidiano con esos grupos comunitarios, y por tratarse de una experiencia en particular, aun no está descrita en la literatura científica.

La descripción sistematizada de esta experiencia propone contribuir con el conocimiento previo y las adecuadas relaciones interpersonales de los profesionales de salud que desarrollan trabajo asistencial y de investigación junto a estas comunidades rurales. Lo que permitiría un mejor desarrollo de sus actividades y una relación con los nativos de una determinada cultura de forma empática, humanizada y con la satisfacción de todos los participantes.

A partir de esta experiencia se describen y analizan las interacciones desarrolladas con familias de comunidades rurales, entre ellos pueblos indígenas de la Amazonia Peruana.

El panorama del Sistema de Salud Público Nacional está aún en proceso de innovación, implementando actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación en salud en las comunidades rurales. Son abordados generalmente los grupos de mayor riesgo como el binomio madre-niño, pacientes

en extrema pobreza y marginalidad, por medio de los programas básicos de salud que en teoría, llegan hasta las comunidades y aldeas más distantes, necesitadas y apartadas del país (Perú, 1999, 2003).

El equipo de salud comunitario está conformado por médico, enfermera, obstetrix, odontólogo y otros, sin embargo, apenas existe un único profesional o técnico de salud en la mayoría de localidades más apartadas.

La unidad básica de salud es llamada “*puesto de salud o centro de salud*” y, ni siempre está totalmente equipada, por lo que en algunas ocasiones recibe apoyo logístico de instituciones no-gubernamentales o filantrópicas que trabajan en las zonas aledañas, para que recursos humanos recién egresados de la Academia actúen en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), regido por el Ministerio de Salud (PERU, 1999).

La situación de salud y educación de la población en las áreas rurales, es aún preocupante, careciendo en su mayoría de servicios básicos de agua y alcantarillado (OMS, 1993), no obstante, cuentan con algunos recursos locales como la escuela inicial y/o primaria, botiquín de salud, club de madres o comedor popular, implementados con recursos mínimos diversos, mas a veces, sin las condiciones básicas necesarias para su adecuado funcionamiento.

El índice de enfermedades prevenibles en las comunidades rurales es aún elevado, siendo las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y dermatológicas, parasitosis y problemas gineco-obstétricos, entre otros, los más emergentes (Reátegui, 2005); así también el saneamiento básico es precario que, ligado al bajo nivel educativo refleja en los niños problemas de desnutrición y/o enfermedades infecto-contagiosas (Perú, 2003), resultado también, de las desigualdades de esas poblaciones

en relación con otros grupos sociales, lo que se expresa en altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil (OMS, 1993, Reátegui, 2005).

Por otro lado, la enfermería comunitaria en el Perú comenzó a desarrollarse lentamente después de la década de los 50s, con programas de salud básicos, actividades de detección precoz y seguimiento de casos en la comunidad y énfasis en la atención preventivo-promocional de la familia y grupos de riesgo, así como la educación e inmunizaciones, con tendencia a la integralidad de la familia, del escolar, del trabajador y del medio ambiente, aunque el punto de partida haya sido el individuo enfermo como objeto que tiene el daño (Pecho, 2004).

Por tanto, partiendo de esta visión general y del contexto de trabajo con familias, el presente estudio se planteó como objetivo describir y comprender el significado y el sentido encontrados en la relación enfermera-familia en comunidades rurales. A fin de concretizar y encaminar las actividades de enfermería a los grupos prioritarios, intentando discutir y resolver los problemas y/o necesidades comunitarias relevantes de forma conjunta y con un cuidado humanizado.

La relación enfermera-familia en la comunidad

Este trabajo de reflexión de la experiencia con familias de comunidades rurales, trae a la luz algunos elementos que consideramos los caminos recorridos como producto de la interacción, colocando nuestra comprensión de los significados de la relación enfermera-familia en este contexto determinado.

Para la obtención de los elementos analizados, se hace uso de la narración autobiográfica, relacionando los eventos significativos de la experiencia vivida y colocándolos en el

contexto, resultado del análisis (Bergamasco, 1999).

Por medio del Interaccionismo Interpretativo (Bergamasco, 1999), cuyo foco reside en las experiencias vividas que alteran o forman el significado de sí mismas, teniendo como presupuesto básico la importancia de la interpretación y de la comprensión como clave que forma la vida social, se dio paso al tema principal “Descubriendo Caminos”, que presentamos a seguir, describiendo los elementos que consideramos importantes en el proceso de trabajo con las familias en la comunidad.

Descubriendo caminos

Este tema se configura como el componente principal de la relación, siendo que, por medio de la interacción, comunicación y observación durante el tiempo de convivencia con las comunidades rurales se consiguió entrar en el mundo de las familias, comprendiendo su vida diaria y sus caminos recorridos en el cuidado de la salud-enfermedad, el trabajo y la vida comunitaria (Pettengill, 1998).

De tal forma, se desvelan algunos elementos utilizados en el proceso de trabajo de este estudio que se constituyeron en etapas fundamentales del camino recorrido con las familias de las comunidades rurales, con miras al mejor desempeño en la práctica de enfermería.



FIGURA 1. La relación enfermera-familia: Descubriendo caminos. Sao Paulo, 2009. (anexo 1)



Componentes de la relación enfermera-familia en la comunidad

1- Insertándose en su mundo

Fue fundamental como enfermera integrarse a la comunidad de forma comprometida. Al trabajar con las familias se percibió una relación cada vez más envolvente, llegando a valorarlos como personas e intentando colocarse en el lugar de ellas, de esta manera se percibía el crecimiento de la comunidad día a día y se ampliaba mi propia visión de mundo.

“Ser presentada a los miembros de la comunidad, sentirme al comienzo un poco temerosa por la expectativa, fue el punto inicial de la relación; mas poco a poco los temores se alejaban al percibir la calurosa acogida y las expectativas que tenían, tanto las madres de familia, como los representantes de la comunidad” (Amazonas, 1998-1999).

La experiencia de trabajo con familias y comunidades siempre tiene un comienzo y aunque el futuro sea incierto, estar con la mente y la disposición abiertas ayuda a iniciar los nexos de una relación enfermera-familia con mutuo crecimiento. Para ello, es importante reconocer a la familia como una persona con sus características y necesidades particulares (Wernet, Angelo, 2003). Así, la atención de salud se vuelve más humanizada, estableciendo relaciones adecuadas entre los usuarios y los profesionales de salud (Hoga, 2004).

2- Conociendo su realidad

Una vez integrada a la comunidad y conociendo las reales condiciones en que vivían las familias, es que se consigue ir más allá del cuidado, con medidas que puedan concretarse y promuevan calidad de vida a partir del cuidado de enfermería y la participación de las familias.

“Las familias manifestaron sus dificultades para obtener agua potable y desagiüe, de los cuales carecían. Por lo que se establecieron acuerdos pacientes y constantes con las empresas aledañas para que contribuyan, así como, las familias se organizaban para el trabajo comunitario y educativo en la comunidad, resultando en algunas soluciones razonables de acuerdo a su realidad” (Huánuco y Ucayali, 2005).

Conocer las condiciones socio-económicas, necesidades y carencias, creencias y valores culturales y otros aspectos de una población determinada, contribuyen con el compromiso y mejor desempeño de los profesionales de salud con sus clientes, para la búsqueda de resultados coherentes y concretos con la realidad de vida de las personas bajo su cuidado (Hoga, 2004), así como, contar con el soporte de las redes sociales del entorno.

3- Percibiendo su vulnerabilidad

Momentos de fragilidad al enfrentar algunas situaciones críticas de su cotidiano, eran observadas en las familias, donde era evidente el papel de la mujer dentro de la comunidad, al organizarse para resolver ciertos problemas.

Sentimientos encontrados surgían al percibir su vulnerabilidad, sentimientos que trataban de controlarse y transformarse positivamente para motivar a las familias a continuar su camino y valorizarlos como un grupo que progresaba.

“Cierta vez, una adolescente con su bebé en los brazos que lloraba desesperadamente, busca-



ba ayuda porque no podía calmarlo, después de recibirla, acogerla y brindarle orientación, ella consiguió amamantar a su recién nacido, luego nos sentamos a conversar, manifestando que vivía sola, no tenía esposo y no había planificado ser madre..., más tarde, fue integrada y acogida en el club de madres de la comunidad” (Huancaavelica, 2004).

Aspectos de vulnerabilidad de las personas se exponen al encuentro con situaciones inesperadas, por lo que un medio útil para resolverlos se deriva de la reflexión conjunta sobre la situación, lo que lleva a despejar el problema y canalizar mejor las vías o alternativas de apoyo que la comunidad y el profesional de salud puedan brindar.

Muchas veces no hacen falta técnicas o mecanismos complejos, simplemente brindar cariño, ayuda y realizar acciones que expresen cuidado en dichas situaciones (Chávez, 2002). Así también, el auto-conocimiento del profesional de salud, el conocerse a si mismo, posibilita ser consciente de las propias limitaciones y fragilidades, lo que permite descubrir y utilizar de mejor forma las propias potencialidades (Hoga, 2004) para un cuidado humanizado de las personas más susceptibles que pasan por el evento o situación inesperada.

4- Comprendiendo sus preocupaciones

Al reflexionar sobre la complejidad de las interacciones familiares, intentaba colocarme en el lugar de las familias, tratando de comprender sus miedos, angustias, alegrías y tristezas de forma real y verdadera; saber por ellas mismas que situaciones cotidianas enfrentaban y que inseguridades tenían. Así, por medio de la interacción, las familias transmitían sus inquietudes y preocupaciones, organizándose luego para actuar en grupo y resolverlas.

“Las familias querían saber cómo podían disminuir los problemas de diarreas y parasitosis en los niños de su comunidad, fue así que comprendida esa necesidad, se unieron esfuerzos y efectuaron actividades educativas y de intervención en salud, con las empresas aledañas, los comuneros y las escuelas de la comunidad” (Amazonas, 1998; Loreto, 1999; Ucayali, 2005).

Las familias estaban preocupadas generalmente por la salud de sus hijos, en su mayoría afectados por enfermedades comunes y se sentían a veces sin el apoyo de los profesionales de salud del Puesto o Centro de Salud, por lo que atribuían sus dificultades a fallas externas en el sistema local de salud pública, como la falta de personal o escasez de materiales (OMS, 1993). Delante de esas situaciones, buscaban solucionar sus necesidades con sus recursos locales, pidiendo ayuda al médico curandero, la partera y/o el promotor de salud comunitario (Chávez et.al., 2007).

“La partera y el médico curandero eran buscados muchas veces por las madres, para atender problemas de salud de sus hijos o de algún miembro de sus familias, ellos trataban casos de sustos, mal de ojo, diarreas, fiebres no específicas, partos, etc; con hierbas, plantas medicinales, rezos, sesiones de shamanismo y otros; luego los pacientes acudían al Puesto de salud más cercano, si era necesario” (Ucayali, 2006, 2007).

5- Percibiendo su forma de actuar

En reuniones organizadas, con frecuencia las familias tomaban decisiones internas a favor de su comunidad o solicitaban apoyo externo para ello. Siendo observado con detenimiento sus actitudes en situaciones de salud-enfermedad, familia y trabajo. Esto permitió una comprensión de su dinámica familiar, sus reacciones y su compromiso como familias en el contexto en que vivían. Esa percepción estimulaba el desarrollo de estrategias e instrumentos que unidos al saber científico, impulsaban toda la capacidad humana y profesional para una práctica de enfermería congruente y competente con las necesidades (Purnell, 2002) de las familias en la comunidad.

“Las familias preocupadas con la educación de sus hijos, transmitieron por medio de las escuelas sus necesidades de informarse mas sobre la salud de sus niños, por lo que se desarrollaban actividades de educación básica en salud en las escuelas de inicial y primaria, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades comunes y emergentes, acordes con sus reales y potenciales necesidades”. (Amazonas, 1998, Ucayali, 2007)

Una vez más, como grupo organizado, actuaban frente a sus problemas más prioritarios, movilizándose todos lo que hacían parte o acompañaban el cotidiano de la comunidad.

“Una joven nativa de 19 años, primigesta, dio a luz con dificultad antes de los 7 meses de embarazo, el bebé nació con bajo peso, semi-frío y leve dificultad respiratoria. Ambos se recuperaron rápidamente, madre y recién nacido. Se observaba gran movimiento dentro de la casa, los parientes y vecinos traían cosas cuando era solicitado (agua caliente, trapos limpio, tijeras, algodón, cajas de cartón, yodo, plantas, etc), las mujeres cocinaban hierbas y preparados que daban a la parturiente cuando era indicado, la

partera estaba junto a la madre todo el tiempo, así como la abuela materna, el abuelo curandero rezaba y proclamaba cánticos para atraer a los buenos espíritus. La técnica de enfermería, el médico del puesto de salud vecino y nosotras (enfermeras visitantes) también fuimos autorizados para apoyar en algunos cuidados posteriores de la madre y el recién nacido”. (Ucayali, 2006)

Al comprobar como la familia y comunidad se organizaba y actuaba frente a sus necesidades y conforme a sus valores creencias y prácticas culturales, los que participamos de esos momentos de interacción nos sentimos gratificados, principalmente los profesionales de salud que, de simples espectadores pasamos a una mejor posición para actuar brindando algunos cuidados culturalmente congruentes y que promuevan oportunidades de mantenimiento de la salud y bienestar en los procesos de salud-enfermedad (Purnell, 2002).

6- Compartiendo las actividades

Una vez recorridas las etapas anteriores, la seguridad y confianza para trabajar con las familias de la comunidad se consolidaban, considerando siempre sus propias decisiones y haciendo un intento por comprender y respetar sus creencias, costumbres y prácticas, para ello era necesario involucrarse en el cuidado como “colaboradora” y no como simple “realizadora de tareas” de enfermería.

Como enfermera, era importante estar sensibilizada y compartir no sólo el cuidado sino también sus experiencias como familias, para poder incorporar un cuidado humanizado y acorde con sus necesidades, con compromiso profesional y empatía en las relaciones con las familias de la comunidad.

“Se planificaron e implementaron acciones de enfermería, posibles de soluciones conjuntas

con la participación de las familias; así, algunos problemas de diarreas fueron resueltos desde la comunidad, ya que el sistema de salud público tenía poca efectividad y mucha burocracia. Las familias estaban dispuestas a aprender y conocer mejor sobre cómo prevenir enfermedades en sus niños; así, con reuniones comunitarias, en las escuelas y en los hogares, se integró un aprendizaje simple, ameno, dinámico y con resultados favorables para los niños en las escuelas y en la comunidad". (Ucayali, 2006-2007).

Pretender mejorar la situación de salud en la comunidad podía ser posible, si caminábamos juntos uniendo la práctica, el conocimiento y la experiencia de los que hacíamos parte de esa convivencia, de forma que al descubrir algunos caminos alternativos para recorrer juntos dejábamos de lado el trabajo rutinario y la convivencia pasiva y monótona.

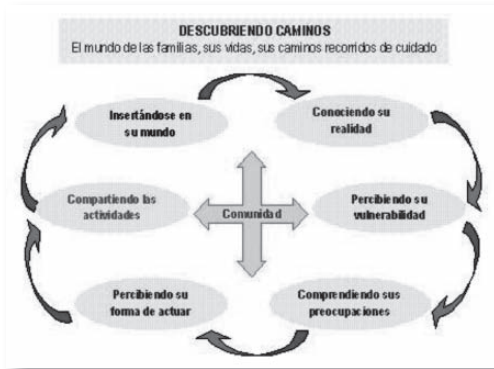


FIGURA 2. Descubriendo caminos - El mundo de las familias en la comunidad. Sao Paulo, 2009. (anexo 1)

Concretizando el trabajo con las comunidades rurales

En el proceso de trabajo con las comunidades rurales fueron considerados los aspectos culturales, las creencias, valores y conocimientos generados a partir de las propias experiencias de vida de las familias (Purnell, 2002). Haciendo posible una relación profesional-familia favorable y llegando a visualizar a la

comunidad en su universalidad y especificidad (Leininger, 2002).

Desempeñarse como profesional de enfermería no hubiera sido posible sin la acogida, abertura y aceptación de cada una de las comunidades por donde se transitó. De tal manera que, las acciones conjuntas fueron consecuencia del proceso de descubrir caminos a través de la convivencia mutua, y después de muchas conversaciones, discusiones, reuniones, con y entre los actores sociales – las familias de las comunidades rurales.

Se dio énfasis a acciones de prevención de enfermedades de la infancia y problemas de salud en las mujeres, además de otras acciones de interés para la comunidad en general, como emergencias y urgencias, tratamiento de enfermedades emergentes, inmunizaciones, manejo del agua, alimentos y desechos, cuidados y visitas domiciliarias, entre otras.

Los niños fueron los principales beneficiados, a medida que se integraba la recreación infantil con el aprendizaje en salud, tanto en las escuelas como en los hogares de las familias.

También se participó de algunas actividades a invitación de las autoridades locales, como fiestas patronales, censos locales, celebraciones sociales intra y extra comunitarias y desfile patriótico, como una forma de integrarse, comprometerse e generar calidad de vida para todos.

Consideraciones finales

El trabajo efectuado con las comunidades rurales nos permitió conocer y comprender los significados de la experiencia con familias. Por medio de ella fue posible rescatar la importancia de la relación enfermera-familia con el uso adecuado de estrategias de comunicación, observación e interacción, dándonos la oportunidad de caminar juntos hacia una madurez y cuidado mutuo y haciendo posible la reso-

lución de algunos problemas prioritarios en la comunidad.

Aprender con ellos que las acciones efectivas de cuidado no son fruto de la imposición vertical y occidental de la asistencia en salud, sino del resultado de una convivencia armónica con respeto por la cultura, valores y creencias dentro del contexto donde viven, (Reátegui, 2005, Chávez et.al., 2007) fue un aprendizaje significativo y trascendental.

Tuvo sentido conocer su realidad, percibir su forma de actuar frente a las situaciones que enfrentaban. Fue interactuando, dando y recibiendo cuidados que pudo visualizarse seres humanos con todas sus posibilidades y capacidades para inter-relacionarse en su cotidiano (Angelo, 1999).

Al introducirse en el mundo de las familias pudo sentirse sus preocupaciones, de tal forma que se alcanzaron algunas intervenciones efectivas en las necesidades de salud prioritarias. De esta manera, fueron descubiertos nuevos caminos en el trabajo con las familias, ya que, el estar sensibilizada e instrumentalizada como enfermera se pudo visualizar alternativas de solución conjunta (Angelo, 1999). Así como, al considerar sus valores, creencias y prácticas culturales, pudo brindarse un cuidado competente y congruente con su realidad que promueva oportunidades de bienestar, promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades (Purnell, 2002) en las relaciones enfermera-familia en las comunidades donde se transitó.

Fue importante ingresar en el universo cultural de cada comunidad rural, respetando y compartiendo de sus cuidados (Hoga, 2004) y principalmente, resaltando y valorizando el papel que desempeña la mujer-madre (Budó, 1997) dentro de la comunidad, quien ofrecía sus cuidados con integralidad, totalidad y humanización (Chávez et.al., 2007).

Al considerar los procesos sociales y emocionales de las familias, se observó comunidades preocupadas por su salud y calidad de vida, que hacían esfuerzos por ampliar sus conocimientos y mecanismos para enfrentar las diversas situaciones de su cotidiano.

Si bien, la enfermera comunitaria en Perú desarrolla actividades en la comunidad con énfasis en la atención preventivo promocional, (Pecho, 2004) siendo su foco todavía el individuo enfermo, podría decirse que estamos caminando lentamente hacia un cambio por la integralidad de los cuidados con la participación de la comunidad.

Después de la reflexión y comprensión de esta vivencia con las familias, consideramos haber recorrido no sólo el camino de la comunidad sino también haber trazado nuestro propio camino, sentando las bases para continuar con nuestro trabajo como enfermeras y para interactuar pertinentemente con personas en cualquier circunstancia de nuestra vida, profesional y personal, sintiendo la plena ciudadanía, creciendo y descubriendo caminos todos los que formamos parte de ese contexto.

REFERENCIAS

- Angelo, M. (1999) Abrir-se para a família: superando os desafios. *Fam Saúde e Desenv.* 1(12), 7-14.
- Bergamasco, RB. (1999) O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Budó, MLB. (1997) A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana. *Texto Contexto Enferm.* 6(1), 181-97.
- Chávez Alvarez, RE et al. (2007) Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contexto Enferm.* 16(4), 680-7.
- Chávez Alvarez, RE. (2002) O significado do cuidado para a criança hospitalizada [dissertação de mestrado].

- São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Hoga, LAK. (2004) A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev. esc. Enferm USP.* 38(1), 13-20.
 - Leininger, M. (2002) *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice.* 3th ed. USA: McGraw Hill.
 - OMS. (1993) Organización Mundial de la Salud. Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Washington D.C: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/os/indig-Resol-V.htm> [Consultado el 1.2.2006]
 - Pecho IL. (2004) Enfermería comunitaria en Perú: situación actual y perspectivas. Disponible en: <http://raec.tripod.com/per.html> [Consultado el 20.3.2004]
 - Perú. (1999) Ministerio de Salud. Informe final del servicio rural y urbano marginal de salud. Expediente No 3221-99, Resolución Directorial No 243-99/CTAR-PIURA DRSP – OEA – OPER. Piura: MINSA.
 - Perú. (2003) Ministerio de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. Salud de los pueblos indígenas. Lima: MINSA. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/gxpsites/hgxp001.aspx2,8,76,O,S,0,MNU;E;10;6;MNS> [Consultado el 12.4.2006]
 - Pettengill, MAM. (1998) O sentido de cuidar da criança e da família na comunidade: a experiência da aluna de enfermagem [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
 - Purnell L (2002) A description of the Purnell model for cultural competence. *Journal of transcultural nursing.* 11(1), 40-46.
 - Reátegui Silva, J. (2005) Las políticas de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana. Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana- 1ª ed. Lima: AIDSESP. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/PoliticAsAmazonia.pdf> [Consultado el 01.08.2007]
 - Wernet, M; Angelo, M. (2003) Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev. esc. enferm. USP. (Sao Paulo);* 37(1), 19-25.



El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género

The approach to sexual and reproductive health in immigrant women from a gender perspective

A abordagem da saúde sexual e reprodutiva em mulheres imigrantes na perspectiva de gênero

María Luisa Grande Gascón¹; Manuel Linares Abad¹; Carmen Álvarez Nieto¹; Guadalupe Pastor Moreno²

¹Profesor/a de la Universidad de Jaén - ²Licenciada en Socióloga



The approach to sexual and reproductive health in immigrant women from a gender perspective

ABSTRACT

In recent years there has occurred a significant increase in the immigrant population resident in Spain. And if at the beginning of phenomenon of migration they emigrated alone men, nowadays a growing number of women are migrating, or as result of family reunification, or as migration projects of themselves. This work aims to analyze, through a review of published literature, what are the factors that affect the sexual and reproductive health of immigrant women and what are the main barriers that they have on standardized access to the health services. In conclusion

we can highlight that previous studies have shown that there are a number of factors that influence the sexual and reproductive health of female immigrants and that there is less use of health services for these, since there are multiple barriers that obstruct a normal integration in the public health system.

Key words: sexual and reproductive health, gender, immigrant women, cultural barriers.

A abordagem da saúde sexual e reprodutiva em mulheres imigrantes na perspectiva de gênero

RESUMO

Nos últimos anos tem-se observado importante incremento da população imigrante residente na Espanha. E se no início este era um fenômeno em que os homens emigravam, na atualidade está aumentando o número de mulheres que emigram, bem como a consequência da reagrupação familiar ou com projetos migratórios próprios. O objetivo do presente estudo é analisar, mediante uma revisão da bibliografia publicada, quais são os fatores que incidem na saúde sexual e reprodutiva das mulheres imigrantes e quais são as principais

barreiras que têm no acesso aos serviços de saúde. Como conclusão, podemos destacar que nos estudos realizados destaca-se uma série de fatores que interferem na saúde sexual e reproductiva das mulheres nesta condição e que têm menor utilização dos serviços de saúde, já que existem múltiples barreiras que impidem una integración normalizada no sistema de saúde público.

Palabras clave: Saúde sexual e reproductiva; Género; Mulheres imigrantes; Barreiras culturais

RESUMEN

En los últimos años se ha producido un importante incremento de la población inmigrante residente en España. Y si en los inicios del fenómeno migratorio emigraban hombres solos, en la actualidad está aumentando el número de mujeres que emigran, bien como consecuencia de la reagrupación familiar o con proyectos migratorios propios. El objetivo de este trabajo es analizar, mediante una revisión de la bibliografía publicada, cuáles son los factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes y cuáles son las principales barreras que tienen en el acceso normalizado a los servicios sanitarios. Como conclusión podemos destacar que en los estudios realizados se ha puesto de manifiesto que existen una serie de factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes y que hay un menor uso de los servicios sanitarios por parte de éstas, ya que existen múltiples barreras que impiden una integración normalizada en el sistema sanitario público.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva; género; mujeres inmigrantes; barreras culturales.

1. INTRODUCCIÓN

Los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva tienen una influencia fundamental en las estrategias que se desarrollan para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP 2004), la salud sexual y reproductiva se define como *“un estado de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”*.

En los últimos años han sido múltiples las conferencias internacionales que han abordado este tema y que han influido en los cambios que se han producido en este campo. La más referenciada es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas celebrada en El Cairo en 1994, donde se marcaron las bases sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Otro hito importante fue la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995 en la que se reconoce el derecho de la mujer a controlar y decidir sobre las cuestiones relativas a su salud sexual y reproductiva.

El abordaje de la salud sexual y reproductiva ha evolucionado a lo largo del tiempo. Tradicionalmente la salud sexual y reproductiva estaba ligada de manera exclusiva al rol reproductivo, que tradicionalmente las mujeres han venido desempeñando en la sociedad. Así el término utilizado era salud materno-infantil. En la actualidad la salud sexual y reproductiva tiene una relación directa con la desigualdad y la discriminación que sufren las mujeres en la

sociedad. El concepto de salud materno-infantil se sustituye por el de salud sexual y reproductiva (Espinosa 2005).

El Observatorio de salud de la mujer en un estudio denominado “*Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España*” pone de manifiesto la necesidad de contemplar en las investigaciones sobre este tema los aspectos sociales, culturales y psicológicos para incluir la perspectiva de género, ya que van a influir en las relaciones afectivo-sexuales entre hombres y mujeres y sobre cómo los roles y las atribuciones social y culturalmente definidas determinan el grado de desigualdad de género existente. En este sentido en las conclusiones de este estudio se recoge que es importante el uso de una metodología cualitativa y cuantitativa que permitan conocer las pautas reproductivas y las prácticas sexuales que caracterizan una determinada sociedad y cultura.

En los últimos años se ha producido un importante incremento de la población inmigrante residente en España. Y si en los inicios del fenómeno migratorio emigraban hombres solos, en la actualidad está aumentando el número de mujeres que emigran, bien como consecuencia de la reagrupación familiar o con proyectos migratorios propios. Según el Padrón de Habitantes, a 1 de enero de 2009 la población extranjera residente en España es de 5.598.691, lo que supone un porcentaje de 12% sobre la población total de España. Por sexo, 2.973.707 son hombres y 2.624.984 son mujeres.

Con este trabajo se pretende analizar, mediante una revisión de la bibliografía publicada, cuáles son los factores que inciden en la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes y cuáles son las principales barreras que tienen en el acceso normalizado a los servicios sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar esta revisión se han analizado los artículos publicados desde el año 2000 en las siguientes bases de datos o plataformas de bases de datos: Scopus, Cuiden, MedLine, Isi Web of Knowledge y Cinahl. Los términos utilizados para la búsqueda han sido: “*salud sexual y reproductiva*” y “*mujeres inmigrantes*” para Cuiden y “*sexual and reproductive health*”, “*immigration*” para las demás. Además se han analizado otros documentos y publicaciones que hacen referencia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes, fundamentalmente aquellos donde se describe cómo debe ser la atención sanitaria recibida por éstas.

DESARROLLO DEL TEMA

Las mujeres inmigrantes residentes en España, mayoritariamente están en edad fértil y tienen unas necesidades específicas relacionadas en gran medida con la salud sexual y reproductiva (Oliver 2007). También presentan una serie de factores de riesgo sexual y reproductivo que en algunos estudios se consideran como predictivos (McDonald 2009)

Existe una menor visibilidad de los problemas de salud que presentan las mujeres inmigrantes. En este sentido hay que destacar que se han realizado pocos estudios sobre este tema. En todo caso la mayoría pone de manifiesto que existen una serie de factores que inciden en la salud sexual y reproductiva que está ligada a las desigualdades de género y a las condiciones socio-económicas que padecen las mujeres inmigrantes (Oliver 2007).

Por otra parte, las mujeres inmigrantes proceden de culturas diferentes y constituyen un colectivo muy heterogéneo, aunque desde los países receptores tendemos a verlas de manera homogénea. Existen diferencias cul-



turales importantes que dependen del país de origen, de la zona geográfica de procedencia, de la religión que practiquen y de la etnia a la que pertenezcan. La cultura tiene una gran influencia sobre la concepción de la salud y la enfermedad de la población inmigrante, ya que ambas son construcciones sociales y, como tales, tienen diferentes significados e interpretaciones para cada grupo cultural. Cada cultura se enfrenta a las enfermedades de diferente manera, y construye su propio sistema de salud, más o menos elaborado, para abordarlas. Por lo tanto, en el caso de las mujeres inmigrantes, debemos considerar las creencias que tienen sobre la salud, la enfermedad, la curación, la muerte y las implicaciones familiares y sociales de la enfermedad (Roca 2001).

Las diferencias culturales se ponen de manifiesto en la concepción e interpretación que cada grupo étnico hace sobre la salud, la enfermedad y la muerte, lo que implica universos simbólicos distintos que condicionan las prácticas, los usos y las relaciones que se establecen entre los sujetos que participan en cada contexto (Canals 2004, Castillo et al 2001).

En este sentido, la marginación en la que viven y el escaso respeto a las diferencias culturales, dificulta la interacción y la comunicación entre las mujeres inmigrantes y los profesionales sanitarios. Esta situación es consecuencia de las distintas cosmovisiones de los pacientes y los profesionales que se mueven en

marcos de referencia diferentes culturalmente (Rey et al 2004).

La mujer inmigrante, en un primer momento, se encuentra en lo que define Moreno (2006: 7) *“una especie de limbo en el que ya no es lo que era, pero aún no es lo que quiere ser. Su forma de vida ha sido trastocada y sus representaciones simbólicas alteradas”*. Por lo tanto tiene que adaptarse a un entorno diferente que le es hostil, para ello tiene que elaborar de nuevo todas sus prácticas incorporando nuevas visiones y conductas e intentando retener de su propia cultura todo aquello que le es útil. La multiculturalidad hace necesario la aceptación de la diversidad de categorías culturales relacionadas con la salud y la enfermedad para integrar a las mujeres inmigrantes en el sistema sanitario (Roca 2001).

Por otra parte, según se establece la Ley orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su artículo 12 (Derecho a la asistencia sanitaria), tienen derecho a la atención sanitaria la población extranjera que se encuentran inscrita en el padrón municipal en las mismas condiciones que los españoles; todas situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente; los menores de 18 años, cobertura de asistencial total; y las embarazadas durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, a pesar de que en teoría esto es así, en la práctica existen una serie de barreras que dificultan el acceso de los mismos a los servicios de salud.

Las mujeres inmigrantes que no están regularizadas y empadronadas quedan fuera de las prestaciones del sistema de salud, y sólo pueden hacer uso de los servicios de urgencias, no pudiendo acceder a una asistencia sanitaria normalizada. En gran medida, acceden al sistema de salud a través de los servicios de

urgencias cuando presentan patologías y enfermedades que requieren de dicha atención. Utilizan en menor medida otro tipo de recursos, que puedan mejorar su nivel general de salud y su salud sexual y reproductiva (Sanz et al 2004).

En la actualidad desde el sistema público de salud se ofrecen programas relacionados con la salud sexual y reproductiva a los cuáles las mujeres inmigrantes acceden en menor medida que la población autóctona (Casamitjana 2009, Pardo 2006, de la Torre et al 2006). Así en un estudio realizado en Finlandia (Malin, 2009) se señala que entre las mujeres inmigrantes, hubo diferencias significativas en el tipo de atención materna recibida, presentando en algunos casos más problemas de salud durante el embarazo y el parto. En este sentido, otro estudio pone de manifiesto que existe un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que de mujeres autóctonas que presentan uno o más factores de riesgo durante el embarazo y el parto (Martínez et al 2004, Martínez et al 2002).

El menor uso de los servicios de salud también guarda relación con la existencia de múltiples barreras que impiden una integración normalizada en el sistema sanitario público. Markez (2006: 154), alude a la existencia de una limitación en el acceso a los servicios de salud por parte de la población inmigrante haciendo referencia a *“aquellos elementos, internos o externos, que dificultan la atención a la salud de las personas que lo precisan”*. Distingue tres tipos de problemas: problemas asociados al sistema, problemas de comunicación y problemas asociados al paciente-inmigrante. Por su parte Lobato y Oliver (2004) establecen la existencia de cuatro tipos de barreras: barreras administrativas y normativas, barreras lingüísticas y de comunicación, barreras cultura-

les y religiosas, y el rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitarios.

Las diferencias culturales y lingüísticas suponen otra importante barrera en el uso de los servicios de salud (Valtueña 2000, Newbold 2009). Si bien el conflicto del idioma es algo fácil de solucionar a través de intérpretes, no es tan sencillo el problema de las diferencias culturales. La comunicación y las relaciones humanas se encuentran determinadas por la cultura, de modo tal que el vínculo que pueda establecerse entre los profesionales sanitarios locales y los pacientes inmigrantes no podrá mejorarse si no se tienen en cuenta las diferencias culturales que en muchos casos pueden dificultar el entendimiento entre ambos. Esto tiene como consecuencia dificultades en el diagnóstico, el tratamiento y la adherencia al tratamiento.

A todo esto hay que añadir que los profesionales de la salud forman parte de una sociedad en la que un porcentaje de la población rechaza o no acepta a la población inmigrante, presentando actitudes racistas y xenófobas. Así, la mayoría de las personas, y por ende una gran cantidad de profesionales sanitarios, no se declara abiertamente racista, pero tiene una serie de prejuicios y estereotipos que son asumidos sin ningún tipo de cuestionamiento.

Las consecuencias de lo anteriormente expuesto son graves, si las mujeres inmigrantes perciben un trato discriminatorio o no adecuado, dejan de acudir a los servicios de salud. Las formas que puede tomar esta discriminación son diversas (Moreno 2006): o bien se tiene una actitud de recelo hacia ellas, o bien se les trata con un excesivo paternalismo, considerando que hay que atenderlas por una cuestión de caridad. La mirada sospechosa y la mirada compasiva, tal y como señala Moreno, tienen como consecuencia la discriminación

y la exclusión. Esto supone que en numerosas ocasiones, la inmigración es percibida por los profesionales sanitarios como un problema, y no como un fenómeno social más frente al que hay que hacer adaptaciones mutuas.

El desconocimiento de nuestro sistema de salud supone otra dificultad añadida para las mujeres inmigrantes, en la mayor parte de los casos provenientes de países donde el sistema de salud no es público, o si lo es, tiene prestaciones y coberturas muy pobres. Así, la inmigrante que lleva poco tiempo en nuestro país no conoce cuales son sus derechos en salud ni las prestaciones que le ofrece el sistema público de salud (Garcés-Palacio 2008, Kormosky 2008).

Todas estas situaciones producen inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud. La mujer inmigrante, aún si está regularizada y tiene derecho a una cobertura sanitaria, se encuentra con una serie de limitaciones que no existen para la población autóctona y para las que todavía no se han encontrado soluciones globales y estructurales.

BIBLIOGRAFÍA

- Canals, J. (2004) La importancia de las dimensiones culturales en la asistencia y en la promoción de la salud. *Servicios Sociales y Política Social* 65, 9-20.
- Casamitjana, M.; Sala, M.; Ochoa, D.; Fusté, P.; Castells, X.; Alameda, F. (2009) Results of a cervical cancer screening programme from an area of Barcelona (Spain) with a large immigrant population. *European Journal of Public Health* 19(5), 499-503.
- Castillo, S.; Mazarrasa, L.; Sanz, B. (2001) Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. *Index de Enfermería* 34, 9-14.
- De la Torre, J.; Coll, C. Coloma, M.; Martión J.L.; Padrón, E.; González, N.L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. *Anales del Sistema sanitario de Navarra* 29 supl.1, 49-61.
- Espinosa, J. (2005) Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África. Programa VITA. AECI, Madrid.
- FNUAP. (2004) Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en: www.fnuap.org
- Garcés-Palacio, I.C.; Altarac, M.; Scarinci, I.C. (2008) Contraceptive knowledge and use among low-income Hispanic immigrant women and non-Hispanic women. *Contraception*. 77(4), 270-5.
- Kormosky, J.L.; Peck, J.D.; Sweeney, A.M.; Adelson, P.L.; Schantz, S.L. (2008) Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 10(2), 135-43.
- Lobato, P.; Oliver, B. (2004) Aspecto normativos y organizativos sobre atención sanitaria a inmigrantes en Andalucía. En: Lobato P. et al., eds., *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud, Sevilla.
- Oliver, M.I.; Baraza, P.; Martínez, E. (2007) La salud y la mujer inmigrante. En: García R. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes*. Consejería de Salud, Sevilla.
- OSM (Observatorio de Salud de la Mujer). Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva._Observatorio.pdf
- Malin, M.; Gissler, M. (2009) Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*. Mar 20(9), 84.
- Markez, I. (2006) La salud mental de los inmigrantes: ni enfermos, ni delincuentes. Mediación e integración. En Markez, I., ed., *Políticas de inmigración, interculturalidad y mediación*. Respuestas a la exclusión. Gakoa Liburuak, San Sebastián.
- Martínez, E.; López, A.F. (2004) Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas. *Matronas Profesión* 5(17), 12-18.

- Martínez, M.F.; Monzón, A.; Falcón, M.A.; Pardo, A. (2002) Partos de inmigrantes y jóvenes inmigrantes en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (España). *Index de Enfermería* 38, 15-17.
- McDonald, J.A.; Manlove, J.; Ikramullah, E.N. (2009) Immigration measures and reproductive health among Hispanic youth: findings from the national longitudinal survey of youth, 1997-2003. *Journal of Adolescent Health*. 44(1), 14-24.
- Moreno, M. (2006). Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado. *Index de Enfermería* 55; 7-8.
- Newbold, K.B.; Willinsky, J. (2009) Providing family planning and reproductive healthcare to Canadian immigrants: perception of healthcare providers. *Culture, Health and Sexuality* 11(4), 369-82.
- Pardo, G.; Engel, J.L.; Agudo, S. (2006) Acercamiento a las características sociosanitarias de las mujeres subsaharianas de dos programas de atención a inmigrantes de Madrid. *Enfermería Clínica*. 16(5), 264-7.
- Rey, M.D.; Gálvez, A. (2004) Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes; el embarazo, el parto y el puerperio. *Una enfermería transcultural*. *Evidentia* 1(3).
- Roca, N. (2001) Inmigración y salud. Situación actual en España. *Revista ROL de Enfermería* 24(10), 682-686.
- Sanz, B.; Castillo, S.; Mazarrasa, L. (2004) Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid. *Metas Enfermería* 7(1), 26-32.
- Valtueña, O. (2000) Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España. *Migraciones* 8, 231-249.



Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México

Perspective from the nurse to the terminal cancer patient in Tampico, Tamaulipas, Mexico

Perspectiva do enfermeiro ao paciente com câncer terminal em Tampico, Tamaulipas, México

Dra. María Elena Pérez Vega¹; Dr. Luis Cibanal Juan²

¹Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

²Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante



Perspective from the nurse to the terminal cancer patient in Tampico, Tamaulipas, Mexico

ABSTRACT

This paper presents the results of a qualitative study conducted in three hospitals in Tampico, Mexico. It details a different perspective from the last stage of human life, specifically, the work of the nurse in the care of terminal cancer patient, and her relationship with him and his families when he dies.

Within nursing practice, it must be given special emphasis to the care of terminally ill patients. During this phase, the patient experience different symptoms, which are complex

and changing, therefore he needs to have a holistic and ethical care to improve their quality of life wherever possible.

However, the results of this inquiry showed that nurses experience the process of dying with pain, sadness and powerlessness. The pain and sadness are associated with the importance that nurses give the patient, also by their mutual relations. They experience impotence, feeling they could not do more for him, and believe that the effort, time and resources devoted for his attention were vain.

Keywords: Terminal cancer patient, terminally ill patient, terminal phase, death.

Perspectiva do enfermeiro ao paciente com câncer terminal em Tampico, Tamaulipas, México

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa foi realizada em três hospitais de Tampico, Tamaulipas, México. Ele detalha uma perspectiva diferente da última etapa da vida humana. Especificamente, o trabalho do enfermeiro no cuidado de

pacientes terminais de câncer e sua relação com ele e sua família quando o tempo está se aproximando da morte. Dentro da prática de enfermagem não é uma questão que deve ser dada ênfase especial: o cuidado de doentes terminais. Durante esta fase, o paciente experimenta sintomas diferentes, que são complexas e em mudança, então você precisa de uma atenção integral e ética para melhorar sua qualidade de vida sempre que possível. No entanto, os resultados desta pesquisa mostram que as enfermeiras vivem o processo de morrer de tristeza, dor e desamparo. A dor e a tristeza que lhes estão associados significa que o paciente e o tempo de convivência mútua. A sensação de impotência experiência que poderia fazer mais por ele ou não serve muito de todos os tempo, esforço e recursos destinados a sua atenção.

Palavras-chave: doentes com cancro, doentes terminais, doentes terminais, a morte.

RESUMEN

En este trabajo se muestran los resultados de una investigación cualitativa que se realizó en tres hospitales de Tampico, Tamaulipas, en México. En ella se detalla una perspectiva distinta respecto a la última etapa de la vida humana. Específicamente, la labor de la enfermera en el cuidado del paciente oncológico terminal y su relación con él y su familia cuando se acerca el momento de la muerte.

Dentro de la práctica de enfermería existe un asunto al que se le debe dar un énfasis especial: el cuidado de pacientes con enfermedades terminales. Durante esta fase, el enfermo experimenta diversos síntomas, que son complejos y cambiantes, por ello necesita tener una atención integral y ética para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.

No obstante, los resultados de esta investigación mostraron que las enfermeras viven el proceso de muerte con dolor, tristeza e impotencia. El dolor y la tristeza se relacionan con lo que les significa el paciente y por el tiempo de convivencia mutua. La impotencia la experimentan al sentir que no pudieron hacer más por él o que no sirvieron de mucho todo el esfuerzo, tiempo y recursos dedicados a su atención.

Palabras Clave: Paciente oncológico, enfermo terminal, fase terminal, muerte.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Por las responsabilidades inherentes a su profesión, la enfermera continuamente enfrenta la realidad de la muerte de otras personas. Este acercamiento genera emociones y sentimientos de difícil manejo: confusión, dolor, pérdida de esperanza, miedo, rabia, agotamiento, soledad, ambivalencia, necesidad de escapar, sensación de ser intrusos, deseos de evitar al enfermo y a la familia, fuertes deseos de que el enfermo se alivie y viva, junto con deseos igualmente fuertes de que ya muera (Reyes, 1996). La situación del paciente que atraviesa una agonía invadida de dolor, tanto emocional como físico, puede despertar en ella inquietudes, ansiedades e impotencia, ya que por un lado, de forma inconsciente, le supone enfrentarse a su propia muerte, aumentando sus temores personales sobre ésta y por el otro, el aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de la atención sanitaria, que es conservar la salud y la vida.

Yague y García (1994) señalan que la presencia de la muerte remueve también las actitudes del personal de enfermería y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo. Cuando un in-

dividuo entra en un proceso terminal se convierte en un estímulo que despierta aversión y genera respuestas de evitación y huida. Y aún cuando el enfermo encuentre gran alivio y se sienta confortado cuando puede hablar de sus sentimientos y compartir sus preocupaciones respecto a la muerte, el profesional de enfermería puede manifestar las siguientes actitudes: a) tendencia a evitar que el enfermo se entere de cuál es su verdadero estado, o posponer al máximo esta información, b) apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo, y c) tendencia a extremar las medidas terapéuticas tratando de alcanzar la curación del paciente, consiguiendo que se disminuya la calidad de vida y se alargue la agonía.

Como vemos, no sólo se le teme a la muerte, sino que se le rechaza y niega. Estos cambios actitudinales también han alcanzado a los profesionales de la salud, generando muchas veces que no quieran nombrar a la muerte o a las patologías “*que la atraen*” o no mirar cara a cara al enfermo terminal, (Gala, Lupiani y Díaz, 1991) y el aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte. Por consiguiente, una enfermera puede sentir como algo “*positivo*” la atención al enfermo en fase terminal, pero no necesariamente actuar de acuerdo a ese sentimiento.

La atención de los pacientes oncológicos en fase terminal en los hospitales de Tampico, Tamaulipas: un contexto.

Tampico es una importante ciudad y puerto enclavada en el sudeste del estado de Tamaulipas, en México. Es la zona metropolitana costera con mayor población en el Golfo de México y la segunda en importancia econó-

mica en la República Mexicana. Se caracteriza por estar dedicada casi exclusivamente al comercio y es cuna de dos consorcios con gran escala en el noreste del país.

En cuanto al sector salud, éste representa una significativa fuente de empleos e ingresos en la zona. Se conforma por más de doce hospitales públicos y privados y un cuerpo médico compuesto por más de 1200 médicos que ejercen entre más de 45 especialidades de medicina. Además, se tienen al alcance varias clínicas especializadas, laboratorios, y gabinetes de diagnósticos con lo más avanzado en tecnología y tratamientos médicos. La oferta médica en Tampico, es la más importante de la región.

En Tampico los pacientes oncológicos reciben tratamiento ambulatorio, es decir, se programa su sesión de quimioterapia y el paciente acude el día señalado; en seguida de recibir la sesión se va a su casa. Generalmente son atendidos en el área de quimioterapia por enfermeras que en su mayoría no tienen la especialidad de Oncología, sino que son intensivistas, licenciadas o enfermeras generales; por lo tanto, es posible que no tengan la intervención adecuada para el paciente, ya que requieren poseer no solamente conocimientos sobre terapéuticas para el control sintomático, sino también conocer y detectar las manifestaciones y necesidades por las que transita el paciente oncológico terminal (emocionales, espirituales y físicas) para poder brindar una atención activa, global y holista. Así, se puede suponer que con el paciente oncológico terminal se produce el denominado “*triángulo del sufrimiento*”, donde no sólo sufre el paciente, sino también la familia y el equipo de salud (Loncán et al., 2007).

Hemos visto que la muerte en el medio hospitalario no se ve como un proceso natural. En los hospitales de Tampico, Tamaulipas, el

paciente en fase terminal generalmente se encuentra en el cuarto más alejado a la Central de Enfermeras y casi siempre está solo; o bien, puede estar en uno de los cuartos cercanos a la Central de Enfermeras con otro paciente que esté en condiciones similares, pero de igual manera solo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para llevar a cabo esta investigación se diseñaron y aplicaron a cada informante dos instrumentos de recogida de información: una cédula de datos sociodemográficos y una guía de entrevista semiestructurada. Con la cédula sociodemográfica personal se obtuvieron datos acerca de la institución y servicio de hospitalización, turno asignado, nivel académico, edad, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio de quimioterapia/hospice, realización de cursos sobre pacientes oncológicos y religión.

Por su parte, los ítems de la guía de entrevista fueron: concepto y significación de la muerte, significación de la propia muerte, significación del paciente en fase terminal, necesidades del paciente oncológico en fase terminal, contexto hospitalario de atención al paciente, competencias para el manejo de estos pacientes, quehacer de la enfermera, impacto emocional en la enfermera, acompañamiento de la familia, experiencia vivida ante el primer paciente atendido.

Las seleccionadas fueron diez licenciadas en enfermería de tres hospitales de segundo nivel de atención de la ciudad y puerto de Tampico, Tamaulipas, México. De las diez informantes, dos cumplen el rol de docentes y siete tienen el referente de haber vivenciado personalmente la muerte de un ser querido o cercano; dos informantes tienen la especialidad de Oncología y una declaró no haber realizado cursos sobre cuidados paliativos o pacientes terminales. La

edad promedio de las entrevistadas fue de 40 años, siendo la mínima de 25 años y la máxima de 55 años cumplidos. Todas las informantes profesan la religión católica.

Para el análisis de la información recabada, se emplearon diez documentos estenográficos, resultado de la transcripción de las audiograbaciones de entrevistas semiestructuradas. El procesamiento de la información fue de tipo manual al estilo tradicional antropológico.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con base en las narrativas analizadas, hemos encontrado que existe una fuerte confrontación emocional en las enfermeras, entre lo que sienten y lo que les han enseñado que son los límites y el distanciamiento emotivo deseable. Hay una idea personal, hospitalaria y de formación profesional de que la enfermera debe ser un ser escindido entre su yo personal y su yo profesional, que contradictoriamente rechazan y aceptan en su discurso, lo que les origina una angustia existencial profunda, un torrente de emociones contenidas y un caos en los parámetros para el comportamiento cotidiano.

El enfermo terminal es visto por parte de las entrevistadas como alguien con padecimientos y cuya enfermedad tan avanzada no le permite la pronta respuesta a tratamientos, por tanto sus síntomas, además de físicos cambiantes, también son emocionales e intensos. El enfermo terminal es alguien que requiere del apoyo no sólo especializado (de ellas), sino de la familia, pero también de un entorno o contexto hospitalario sensible e integral. La actuación de la enfermera, entonces, sí es modular, pero no independiente de la actuación de otros sujetos que deben o están implicados de forma natural, pues aunque ellas están direccionadas a la asistencia y acompañamiento del paciente, las experiencias humanas que

éste proceso conlleva, obliga a “socializar” esta actuación; es decir, compartirla a través del discurso generado desde o hacia los miedos, la preocupación, el desdén, la desesperación o la paciencia de quienes rodean al paciente e, incluso, de quien ellos se hacen rodear: Dios, por ejemplo.

Si evaluáramos el nivel de conocimientos que posee la enfermera sobre los cuidados paliativos, sugeriríamos que éste se encuentra en un punto básico, es decir, limitado a cuidados físicos: aliviar el dolor, aunque sí se mencionen otros factores determinantes, el ayudar a la familia a afrontar tal situación es un momento posterior o secundario. Una riqueza importante en este estudio radica en que la enfermera está consciente de la importancia de la actualización constante a través de cursos para su formación no sólo disciplinaria, sino emocional.

Sobre la idea inicial de este estudio de una vivencia en soledad del proceso terminal y la muerte en los pacientes, el discurso de las informantes no muestra elementos para sostener tal planteamiento. Por el contrario, hay evidencia en el texto para afirmar que quien vive en soledad el proceso de la fase terminal es la enfermera, pues para ella no se refiere ningún acompañamiento de apoyo y sí un fuerte impacto emocional. Los profesionales sufren en solitario la batalla entre la vida y la muerte, evidenciándose que necesitan soporte emocional para experimentar el luto.

Por otra parte, fue notorio que la experiencia de tratar a estos pacientes y ver el deterioro progresivo que van presentando, así como la dinámica familiar que los rodea, sí afecta a las enfermeras, pues por lo menos dos de ellas (una del hospice y otra del servicio de quimioterapia) lloraron al recordarlos, que fue cuando se les pidió que hablaran del paciente que les haya sido más significativo.

En otro tenor, es notorio que se continuando dando prioridad al tratamiento de los síntomas que el paciente refiere, siendo el dolor el más importante, quizá porque el contacto cercano con el deterioro progresivo que el paciente presenta las va dejando vulnerables ante una escena que la mayor parte de las veces no se quiere presenciar.

Se evidencia en este estudio que muchas actitudes de distanciamiento de la enfermera ante el paciente en fase terminal pueden deberse a: la respuesta personal de acatamiento al supuesto deber ser profesional, que plantea el control de sentimientos y la no vinculación emocional; a la carga de trabajo y el poco tiempo disponible; pero sobre todo, a mecanismos psico-afectivos de defensa ante los sentimientos de un duelo prolongado y permanente o a efectos patológicos de este duelo profesional cotidiano, como sería la depresión..

La enfermera ayuda a bien morir, entendiendo por esto, el morir con paz espiritual. El paciente en fase terminal y su familia llegan a la paz espiritual gracias a la presencia y actuación de la enfermera, quien vincula al paciente con Dios y contrarresta hasta cierto punto, el contexto adverso hospitalario.

Por otra parte, ante la muerte próxima del paciente y la reflexión sobre la muerte misma, la enfermera busca su propia paz espiritual (emocional), la cual nunca es alcanzada debido a su rol profesional y a su afrontamiento continuo con la fase terminal. Su falta de paz se agrava si el paciente no logra la paz espiritual por la no aceptación de él mismo o de su familia, por el contexto hospitalario adverso a bien morir o la incompetencia profesional de ella misma como enfermera. Las enfermeras también consideran que su preparación básica en enfermería es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente en fase terminal.



Ante el conocimiento de los recursos para abordar la enfermedad, podemos decir que la competencia o capacidad profesional, se entiende como la posibilidad de hacer lo debido, sin embargo, en el concepto expresado en la narrativa sobre el deber ser, se evidencia una fuerte noción de ambigüedad y contradicción que pone en confrontación permanente polos de acción y valor: sentir y no sentir, priorizar la atención corporal, para lo que la enfermera se siente profesionalmente capacitada, o priorizar la atención espiritual, que en lo personal considera el deber ser humanitario de la enfermera y de ella como ser humano. Frecuentemente la enfermera, según su narración, prioriza lo espiritual, pero se asume por ello como irreverente a su aprendizaje escolar. Además, para atender lo espiritual no posee formación ni recursos como enfermera, sino sólo los que sus experiencias y vivencias personales le proveen.

El dolor y el sufrimiento también constituye un eje de contradicción narrativa, ya que se ve, por una parte, como algo negativo a evitar y que constituye el foco central de la idea de *"bien morir"* y de paz emocional, mientras que, por otra parte, se le ve como una fuerza positiva que purifica al paciente en fase terminal y le permite conseguir la paz espiritual y llegar a Dios.

La enfermera establece una relación de contacto físico y emocional con el paciente en fase terminal. Esta cercanía le provoca sentimientos fuertemente dolorosos que la impactan emocionalmente, ya que transita por due-

los permanentes y sucesivos por el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos y la vivencia del proceso de morir.

El proceso de agonía en solitario no es vivido por el paciente terminal sino por la enfermera, quien enfrenta el paradigma profesional entre el sentir y el no deber o no querer sentir. Por supuesto, lo lógico y lo humano es que lo sienta, y esto por empatía, pero que también debe no confundir empatía con simpatía, donde en este caso se mete en el sufrimiento del otro sin salir de él, lo que ya no es empatía; con el consiguiente peligro de que se queme. La enfermera, si ha habido relación con el paciente, lógicamente tendrá que hacer también el duelo al morir éste, esto es lo humano; pero claro, su duelo no es lo mismo que el de la familia, pues no forma parte de la familia del paciente.

Por otra parte, al identificar el papel que desempeña la familia en el proceso terminal del paciente oncológico, se reflexionó que ésta, más allá de ser una estructura conformada desde una visión clásica como un órgano de parentesco y dependencia que actúa como agente socializador; conjuga más bien cierto sentido de existencia entre sus integrantes, que brinda un significado de vida, sea éste negativo o positivo. Así, al interior de las familias pueden encontrarse miembros que se interesan en brindar cuidado y protección al familiar en fase terminal; pero desafortunadamente esto no sucede con regularidad. La enfermera observa entonces, que el mayor reto al que se enfrenta el paciente oncológico en fase última es a la incompreensión y ésta, indudablemente, se halla en la mayoría de los casos en el seno de la familia, pues implica llegar a un nivel superior de relación con el otro, por el otro y para el otro.

En la perspectiva menos favorable, la familia también puede convertirse en un obstaculizador para la comprensión de la enferme-

dad ya que al ser un sistema, tiene relaciones económicas, sociales y políticas que la hacen estar vulnerable al contexto y al ambiente, de tal manera que más allá de convertirse en una responsabilidad ética, se convierte en una obligación, que no siempre es amable ante carencias, limitaciones y salvedades muchas. En lo ideal la familia, desde los discursos analizados, debiera ser un punto de encuentro, de corresponsabilidad, de colaboración y de confianza.

Finalmente, observamos que la relación de todos los actores involucrados en el proceso de confrontación y aceptación de la muerte se define a través de dos dimensiones, una reduccionista y la otra con paradojas y conflictos de identidad. La primera, remite a que el hombre es sólo una entidad física, sin distinción de otro de su misma especie; lo que hace que lenguajes, relaciones y tratamientos se unifiquen hacia una sola dirección, desconociendo que el paciente y su enfermedad no son sólo producto de un “problema de su organismo”, sino de un sistema de eventos que tienen que ver con sus formas de vida económica, anímica, existencial, social e incluso política.

La segunda implica que, ante el rechazo de las narrativas espirituales frente a la rígida doctrina científica en la que ha crecido la medicina, la aceptación de que sólo se cumple un papel y la negación a observarnos como sujetos morales y con fe, se genera un conjunto de contradicciones que obligan, sobre todo a los profesionales de la salud, a decidir si siguen lo que debe ser (socialmente sancionado y aceptado históricamente) o asumen su condición humana para las relaciones con los pacientes.

Propuesta de mejora

A raíz de esta investigación, advertimos necesarias las siguientes acciones urgentes:

- Reorientar la atención hospitalaria del paciente en fase terminal bajo criterios tanatológicos. Esto es, la muerte como proceso multidimensional por su carácter biológico, psicológico, social y religioso o espiritual, requiere ser abordado por un equipo multidisciplinario capacitado para disminuir el sufrimiento físico y psicológico por el que está transitando el paciente, apoyar a la familia para reducir la aprehensión y los sentimientos de culpabilidad y pérdida y evitar la frustración y favorecer el manejo de los dueños en el equipo de salud; especialmente en la enfermera, quien no escapa fácilmente del conflicto generado por la muerte y la agonía.
- Preparar al personal de enfermería para:
 - Enfrentar una pérdida, manejar una enfermedad
 - Apoyar al familiar y al paciente en el transcurso de la enfermedad terminal
 - Manejar su duelo personal de manera que no genere bloqueos emocionales que se reflejen en tensiones corporales o enfermedades.
- Romper con el paradigma profesional que confronta a la enfermera entre el sentir y el no deber o no querer sentir y
- Brindar apoyo especializado al personal de enfermería, como una medida urgente de salud mental laboral, ya que el riesgo de depresión y afectación del Síndrome de Burnout es muy alto.

CONCLUSIONES

Con base en el estudio realizado en Tampico, México, se tuvo la oportunidad de identificar algunos aspectos de gran interés en el área de atención a enfermos terminales. Principalmente, se identificaron, al interior de los hospitales, algunas carencias en este tipo de servicios.

Primeramente, se observó que es necesario orientar el concepto y la práctica médica en su enfoque perceptivo, para que tanto institución como actores estén involucrados en el mismo sentido denominador dentro de la actividad de preservar la vida y comprender la muerte, a través de la creación de algo más que un lugar donde los padecimientos se vean como orgánicos, con un ambiente y un escenario en el que los desequilibrios de los seres humanos son el producto de múltiples factores que definen y orientan la situación de salud de las personas, no sólo del paciente, sino de los demás, lo que implicará que en lugar de ser centros hospitalarios, se vuelvan comunidades de salud integral.

De hecho, es preciso que el médico se vea como paciente y/o familiar, que el mismo paciente se vea como “cuidador” o familiar, la enfermera como sanadora y paciente, la familia como paciente o institución médica, para que a través de este punto de vista se asuma que alguien puede vivir esas situaciones y con ello entender al otro de esa manera y atenderlo en consecuencia, en definitiva esto se traduciría en una empatía continua ante cualquier situación de las que estamos señalando. Para ello, se requiere integrar a la dinámica de esos lugares integrales de bienestar, los discursos religiosos y emocionales, no como terapias alternativas, sino como elementos que posibilitan un sentimiento de pertenencia a un mundo que es espiritual e inyectar a estos lugares de ese halo de “misterio” que es necesario en los momentos de alivio añorado. Se trata de “entrar” en la comprensión de la realidad del paciente terminal y de los demás sujetos.

Finalmente, el cuidado enfermero no es algo acabado. En concreto, lo que siempre debe estar en proceso de conformación es un alto sentido de comunicación humanista en el que dominen: la tolerancia, la empatía, el fee-



edback, la paciencia, el entusiasmo, la reciprocidad, la responsabilidad, la ética, la comprensión e, incluso, el sentido de ciudadanía. La existencia es el valor máspreciado de todos los seres humanos; por eso, tanto médicos como enfermeras deben esforzarse por brindar los mejores cuidados a los pacientes terminales, y un servicio óptimo a sus familiares. El mundo de la enfermería puede ser uno de los mayores ejes para lograr un vivir mejor. No se trata de palabras sordas, es más bien un principio esperanzador.

REFERENCIAS

- Bregel, F., (2004) “Hablando de la muerte en el aula” [En línea], disponible en: <http://www.metas.org/educare/educare11/ensenando/ensenando1.pdf>
- Gala, J., Lupiani, M. y M. Díaz, (1991) Sobre las concepciones de la muerte. Rev. Rol., 159: 63-66.
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C. et al. (2007) Cuidados paliativos y medicina
- Intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [En línea], disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup3/sup3ple9.html>
- Reyes, L., (1996). Curso Fundamental de Tanatología. Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México, Edición de autor.
- Scott, D., (1988). Is palliative care a discipline? Palliat Care, 4: 10-11
- Yague, A. y García, M., (1994) “Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales” [En línea], disponible en: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

Teoría y Método

Confiabilidade intraclasse do *Harris Infant Neuromotor Test* na língua portuguesa: utilização com crianças brasileiras¹

Interrater reliability of the Harris Infant Neuromotor Test in the idiom portuguese: use with brazilian children

Confiabilidad intraclase del Test de Fiabilidad del Sistema Neuromotor del Bebe de Harris en lengua portuguesa: aplicación con niños brasileños

²Grazielle Roberta Freitas da Silva; ³Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

¹Extraído da Tese de doutorado intitulada: "Avaliação do desenvolvimento infantil usando o Harris Infant Neuromotor Test".
Doutoranda: Grazielle Roberta Freitas da Silva. Defendida em 19 de junho de 2009, defendid no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará(UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. (SILVA, 2009).

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí.Teresina, Piauí, Brasil. Membro do Projeto "Validação do Harris Infant Neuromotor Test na língua portuguesa"/UFC/CNPq.

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Pós-doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Pesquisador 2 CNPq. Profa. Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC.Fortaleza, Ceara, Brasil. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-Filho /UFC e "Validação do Harris Infant Neuromotor Test na língua portuguesa"/UFC/CNPq.



Interrater reliability of the *Harris Infant Neuromotor Test* in the idiom portuguese: use with brazilian children

ABSTRACT

Objective: to evaluate the reliability interrater to characterize the profile of children

and his caregivers using the first part of the Harris Infant Neuromotor Test(HINT) into Portuguese idiom. Methods: Methodological and longitudinal study, convenience sample composed by 73 children and her caregivers attended in an public institution in Fortaleza-Ceará-Brazil from September 2007 to September 2008. Results: The reliability interrater at first assessment baby was between 0,501 and 1,000, only two items showed low concordance. Sixteen items showed reliability 100% on third assessment. The concordance of the total score showed a value of 0,801 ($p= 0,001$) and 0,898 ($p= 0,001$) on first and third assessment, respectively.Conclusions: HINT is a reliable test for the sample researched, however it need be improved aiming represent all children of the Brazilian Nation.

Keywords: Nursing; Child Development; Validation Studies; Reproducibility of Results.

Confiabilidad intraclase del Test de Fiabilidad del Sistema Neuromotor del Bebe de Harris en lengua portuguesa: aplicación con niños brasileños.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la confiabilidad interclase con la primera parte de la prueba de Harris (sistema neuromotor infantil) en portugués. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico, longitudinal, con muestra de conveniencia compuesta 73 niños cuyos padres asistieron a una institución pública en Fortaleza-CE-Brasil, entre Diciembre/2008 Septiembre/2007. **Resultados:** La fiabilidad entre clases en la evaluación inicial de los niños oscilaba entre los 0,501 y 1,000, sólo dos ítems presentaron un acuerdo de baja. En el tercero, 16 ítems presentaron 100% de fiabilidad. El acuerdo de la puntuación total mostró un valor de 0,801 ($p = 0,001$) y 0,898 ($p = 0,001$) en la evaluación de la primera y tercera, respectivamente. **Conclusiones:** HINT es confiable para la muestra estudiada, pero es necesario mejorar para representar a todos los niños brasileños.

Palabras clave: Enfermería, desarrollo infantil, estudios de validación, la reproductibilidad de resultados

RESUMO

Objetivo: avaliar a confiabilidade interclase usando a primeira parte do Harris Infant Neuromotor Test na língua portuguesa. **Métodos:** Estudo metodológico, longitudinal, com amostra por conveniência composta por 73 crianças e seus responsáveis atendidos

numa instituição pública em Fortaleza-Ce-Brasil, de setembro/2007 a dezembro/2008. **Resultados:** A confiabilidade interclase, na primeira avaliação da criança variou entre 0,501 e 1,000, apenas dois itens apresentaram baixa concordância. Na terceira, 16 itens apresentaram 100% de confiabilidade. A concordância do escore total apresentou valor de 0,801 ($p = 0,001$) e 0,898 ($p = 0,001$) na primeira e terceira avaliação, respectivamente. **Conclusões:** O HINT apresentou-se confiável para a amostra estudada, mas necessita ser aprimorado para representar todas as crianças brasileira.

Palavras-chave: Enfermagem; Desenvolvimento Infantil; Estudos de validação; Reprodutibilidade dos Testes

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde em condições de desenvolver as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, sobretudo por ter conhecimento acerca do processo e das necessidades específicas da criança (Nóbrega et al, 2003). Educador em saúde, o enfermeiro compartilha com a criança e a família situações de saúde/doença, promove orientações quanto à evolução normal do crescimento e do desenvolvimento infantil, reforça condutas positivas, propõe alternativas à família para a resolução de problemas e mantém sempre apoio e confiança mútua (Meyer, Waldow & Lopes, 1998; Nóbrega et al, 2003).

Entretanto, ao se voltar a atenção para a detecção de problemas de desenvolvimento da criança, constata-se deficiente atuação do enfermeiro quanto à tomada de decisões, o que gera necessidade evidente e urgente de aprimoramento. No intuito de identificar a formação de enfermeiro na detecção precoce

de desvios psicomotores em lactentes, e os fatores intervenientes na atuação profissional, realizou-se investigação (Nóbrega et al, 2003) em um município do Ceará, no qual dezessete enfermeiros em consulta de puericultura foram entrevistados. Destes, onze consideram-se despreparados para a detecção precoce de desvios.

Dessa forma, urge se enfatizar estudos e iniciativas com a finalidade de capacitar e aprimorar o enfermeiro na detecção precoce de desvios de desenvolvimento, atuando de forma mais efetiva e autônoma. A autonomia pressupõe que o enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência. Ela está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais.

Cuidar, neste contexto, é um processo, é a maneira de demonstrar o saber-fazer, pois requer um conhecimento que qualifica o ambiente de trabalho do enfermeiro (Meyer, Waldow & Lopes, 1998). O processo de cuidar e o cuidado na pediatria é uma área específica da enfermagem que, faz parte de um conjunto de ações que, podem ser executadas por outros profissionais de enfermagem e algumas vezes se confunde com competências de outros profissionais.

Em tal contexto, a enfermagem só poderá adquirir plena autonomia quando o cuidado passar a ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista científico quanto prático. É evidente que tal apropriação extrapola a vontade individual do enfermeiro ou mesmo a vontade coletiva da profissão enquanto classe. Somente uma mudança de paradigma científico, poderá conferir ênfase ao cuidado (Bueno & Queiroz, 2006).

O enfermeiro precisa, portanto, reconhecer a necessidade da implementação de estra-

tégias para intervir de forma fundamentada no processo de cuidar à criança, como o uso de instrumentos de screening. A prática assistencial, o ensino e a pesquisa mostram que a maioria dos instrumentos em saúde, escalas ou testes, parecem ser elaboradas em países ocidentais desenvolvidos. É importante salientar a utilidade e a praticidade de cada instrumento, segundo cada finalidade a que o mesmo se propõe, além do estudo apropriado de suas propriedades psicométricas e sua adaptação a diferentes contextos e culturas, se faz também necessária sua tradução, adaptação e validação.

Com relação a essa temática no âmbito da enfermagem no Brasil, muitos estudos vêm sendo realizados (Pacagnella, Vieira & Rodrigues Júnior, 2008; Pimenta et al., 2009): Especificamente em relação aos métodos de avaliação do desenvolvimento neuromotor infantil, encontram-se os instrumentos mais aplicados na literatura, a saber: Teste de Denver II, Escala Movement Assessment of Infants (MAI); Bayley Scales on Infant Development (BSID); Test of Infant Motor Performance (TIMP); Alberta Infant Motor Scale (AIMS); Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) e o Harris Infant Neuromotor Test (HINT).

O HINT é um teste canadense, simples para ser aplicado em tempo inferior a trinta minutos por profissionais envolvidos com avaliação neuromotora da criança considerada de risco ou não, na idade de 3 a 12 meses. Foi criado em 1993 e revisado em 2004. Nesse teste, elemento essencial a ser considerado é o responsável/cuidador, ou seja, o que realiza os cuidados diários com a criança. O HINT apresenta itens de avaliação dos marcos neuromotores, tônus muscular ativo e passivo, interações comportamentais, circunferência da cabeça, entre outros. Não é apenas avaliação

para identificar a deficiência motora precoce na criança de risco, mas, para avaliar o comportamento cognitivo.

Compõe-se de quatro partes: a 1ª parte consiste em recolher informações sobre a criança (idade corrigida, peso ao nascer, sexo, fatores de risco pré-natal e neonatal) e informações sobre o cuidador (idade, ocupação, nível escolar completo, raça); a 2ª parte consiste de 5 itens, relacionados à percepção dos pais ou cuidador da criança; a 3ª parte, “Avaliação da Criança” compreende 22 itens observados pelo profissional capacitado, relacionados ao tônus muscular, movimentos voluntários, presença de retrações e reflexos primitivos, seguimento visual, mobilidade de tronco e cabeça, postura e presença de movimentos estereotipados. E a 4ª parte é voltada à ação do profissional que realizou o teste de acordo com o resultado final. O teste tem escore mínimo de 0 e máximo de 76. Quanto menor o resultado numérico do teste, melhor prognóstico (Harris et al, 2004; Mccoy et al., 2009).

Apesar de grande número de testes neuromotores aplicados em crianças de alto risco para verificação de alterações do movimento e da postura, no passado, nenhum destinava-se a identificar desordens do movimento, como paralisia cerebral, ou ainda alterações cognitivas precoces, proposta central do HINT. Além disso, a autora o considera rápido, barato, simples, relativamente de fácil compreensão e aplicação, e apropriado tempo de aplicação (Harris & Daniel, 1998; Mccoy et al., 2009). Ressalta-se mais uma vez, na participação dos cuidadores nessa avaliação, inclui-se variação de idade não abarcada por outras escalas importantes. Ademais, os itens são, na maioria, de caráter observacional, com mínima exigência de execução de manuseio da criança.

No momento, o HINT está sendo aplicado em vários grupos étnicos nos Estados Unidos e Canadá, bem como em outros estudos, com o objetivo de descrever similaridades e divergências em crianças asiáticas e européias (Tse et al., 2008; Mccoy et al., 2009).

Como se vê, as facilidades descritas pela autora poderão direcionar a assistência de enfermagem, que lida com o desenvolvimento infantil. Trata-se aqui de um teste apto a ser aplicada por outros profissionais de saúde, podendo cada criança ser avaliada sistematicamente. Além disso, é um instrumento não somente de características específicas de desenvolvimento neuromotor, de influência nas relações familiares e ambientais.

A adaptação do HINT seguiu uma combinação das etapas sugeridas por autores nas seguintes fases: tradução inicial, síntese das traduções, avaliação por especialistas; back-translation, avaliação por um comitê de juizes, e pré-teste da versão pré-final (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Beaton et al, 2000). Essas fases corresponderam a um estudo de pós doutorado realizado no Canadá em 2007 (Cardoso, 2007). Dando seguimento ao processo de adaptação e validação do HINT, neste artigo se explana a sua confiabilidade caracterizando um recorte da etapa de testagem da versão na língua portuguesa.

O HINT em português poderá ser um instrumento de triagem inicial e contribuirá em amplas pesquisas na área. Além disso, para a enfermagem, o teste poderá orientar a assistência, na qual o profissional poderá acompanhar o desenvolvimento neuromotor da criança, de maneira mais individualizada, contextualizada e sistematizada, inserindo a família como elemento essencial no processo e também poderá identificar possíveis alterações, no qual se estimula a autonomia do enfermeiro.

OBJETIVO

Avaliar a confiabilidade interclasse utilizando a primeira parte do HINT na língua portuguesa.

MÉTODOS

Estudo metodológico cuja proposta é estudar métodos ou questões metodológicas. Embora não se restrinja à estatística, alcança a capacidade de discutir criativamente caminhos alternativos para a ciência ou até mesmo criá-los. Além disso, apresenta caráter longitudinal, por coletar dados em mais de um “ponto do tempo” (Hungler, Beck & Polit, 2004). Ressalta-se que o estudo referiu-se à avaliação da confiabilidade apenas da primeira parte do HINT.

Foi realizado no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), caracterizado como um dos mais antigos projetos de pesquisa e extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza-Ceará. É campo de prática/estágio para discentes da graduação e pós-graduação, em pesquisa, assistência e ensino dos cursos de medicina, odontologia, enfermagem e farmácia. Também constituíram local de estudo as residências das crianças que não compareceram ao CEDEFAM na data preestabelecida.

A população constituiu-se de crianças e seus responsáveis/cuidadores atendidas no CEDEFAM. Utilizou-se amostra por conveniência, de 73 crianças, de 3 meses e 16 dias a 10 meses e 15 dias e seus responsáveis, no período de setembro de 2007 a dezembro de 2008, totalizando 146 sujeitos. Foram critérios de inclusão: criança entre 3 meses e 16 dias de vida, na primeira avaliação pelo HINT; nascimento a termo, ou seja, entre 37 e 41 semanas e 6 dias gestacionais; atendimento pelo CEDEFAM, no período da coleta de dados ou mãe com pré-natal na Casa de Parto/CEDEFAM. Constituíram critérios de exclusão da amostra:

presença de malformação congênita, paralisia cerebral ou outra alteração que no momento da aplicação apresentarem alterações evidentes passíveis de interferir no desenvolvimento.

Os instrumentos utilizados foram: Harris Infant Neuromotor Test- HINT, versão em português e um questionário com informações de identificação, endereço, condições de moradia, renda mensal, dados antropométricos da criança.

A coleta de dados de novembro de 2007 a dezembro de 2008, no qual para a confiabilidade do HINT realizaram-se três avaliações. Entretanto, particularmente neste recorte do estudo, o qual aborda apenas a confiabilidade interclasse (interobservadores), se enfatizará apenas a primeira e terceira avaliação por se constituírem os momentos específicos para essa propriedade psicométrica. Na primeira, o HINT foi aplicado com crianças de 3 meses e 16 dias a 5 meses e 15 dias, por dois avaliadores distintos. A terceira avaliação, os mesmos avaliadores aplicaram o HINT com as mesmas crianças quando estas estavam entre 8 meses e 16 dias a 10 meses e 15 dias.

As informações foram codificadas e armazenadas anonimamente em banco de dados no programa Excel e o estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) version 13 para análise dos dados. Para a confiabilidade interclasse, fizeram-se avaliações independentes com o uso do HINT, por duas avaliadoras com experiência no desenvolvimento infantil, os escores finais foram analisados pelo coeficiente de Kendall tau b.

Em respeito à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da UFC, sob protocolo 52/07 (22 de março de 2007). Atentou-se para todos os pre-

ceitos éticos regidos pela resolução. Também foi necessária a autorização da autora do teste, Dra. Susan Harris para aplicação do HINT no Brasil por meio de documento assinado.

RESULTADOS

Considerou-se pertinente, explicitar o perfil das crianças e seus cuidadores, os quais compõem a primeira parte do HINT.

Dados neonatais da criança e sócio econômicos dos cuidadores

Variáveis	N	%
<i>Peso(g)(n=73)</i>		
2.000-2.500	8	10,9
2.501-3.000	21	28,8
3.001-3.500	26	35,6
3.501-4.000	14	19,2
> 4.000	4	5,5
<i>Estatura(cm) (n=73)</i>		
45- 50	56	76,7
51- 55	17	23,3
<i>Perímetro Cefálico(cm) (n=73)</i>		
33-36	47	64,4
> 36	26	35,6
<i>PerímetroTorácico(cm)(n=61)</i>		
30-35	55	90,2
36-40	6	9,8

Tabela 1-Distribuição dos dados antropométricos neonatais da amostra (N=73), Fortaleza, 2009.

Em relação ao peso, os dados antropométricos, foram 2.320g, com máximo de 4.200g, e média de 3.149,81 gramas, sendo a faixa mais encontrada entre 3.001 e 3.500 gramas

(35,6%). Houve variação de 45 a 55 centímetros de estatura (E), com média de 48,51centímetros; do total, 56 (76,7%) crianças entre 45 e 50 centímetros. O perímetro cefálico variou de 32 a 40 centímetros, com média de 34,22, e o perímetro torácico variou de 30 a 39, 5 centímetros. É importante relatar ter sido possível resgatar esse dado de forma fidedigna em apenas 61 crianças, o que explica o valor de n dessa medida ser diferente das demais presentes na tabela 1.

Na Tabela 2 são expostos os dados neonatais das crianças participantes.

Variáveis (N=73)	N	%
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	57	78,1
Cesáreo	16	21,9
<i>Internação neonatal</i>		
Sim	3	4,1
Não	70	95,9
<i>Drogas Pré-Natal</i>		
Nenhuma	11	15,1
Ac.Fólico	1	1,4
Sulfato Fe	9	12,3
Ac.Fólico+Sulf.Fe	43	58,9
Antihipertensivo	4	5,5
Antibiótico	2	2,7
Cigarro	3	4,1

Tabela 2-Distribuição dos dados neonatais (N=73), Fortaleza, 2009.

Ainda de acordo com os dados, o parto vaginal prevaleceu em 57 (78,1%), enquanto houve apenas 16 (21,9%) cesáreos. Mas 3 crianças (4,1%) foram internadas na UIN, para observação, com alta poucas horas depois.

Das diversas drogas, a combinação de ácido fólico e sulfato ferroso foi a mais usada, conforme apresentado por 43 (58,9%) mães durante a gestação. Do total, 11(15,1%) não usaram nenhuma droga; 9 (12,3%), sulfato ferroso; 1 (1,4%) apenas ácido fólico; 4 (5,5%) consumiram anti-hipertensivos; 2 (2,7%), antibióticos, sob prescrição médica e 3 (4,1%) mães fumaram durante a gravidez.

Ainda sobre os dados da primeira parte do HINT, tem-se, a seguir, a Tabela 3 com os dados maternos e paternos.

Variáveis	MÃE(N=73)		PAI(N=54)	
	N	%	N	%
1. Estado Civil				
Solteiro	47	64,4	47	64,4
Casado	20	27,4	20	27,4
União Consensual	4	5,4	4	5,4
Viúvo	1	1,4	1	1,4
Separado	1	1,4	1	1,4
2. Idade				
18-25	31	42,5	18	32,1
26-34	29	39,7	28	50
35-43	13	17,8	2	7,2
44-50	-	-	6	10,7
3. Raça				
Parda	25	34,3	43	64
Negra	40	54,8	16	29,6
Branca	8	10,9	4	7,4
4. Ocupação Rentável				
Sim	27	37,0	40	74,07
Não	46	63,0	14	25,93
5. No. de anos de estudo				
1 a 3 anos (infantil)	1	1,4	-	-
4 a 8 anos (fundamental)	19	26,0	10	18,5
9 a 12 anos(médio)	29	39,7	20	37,1
13 a 16 anos (superior)	24	32,9	24	44,4

Tabela 3 - Distribuição do perfil dos pais das crianças avaliadas pelo HINT (N=73), Fortaleza, 2009.

Como mostram os dados desta tabela, existem 47 (64,4%) mães solteiras; 20 (27,4%)

casadas; 4 (5,4%) união consensual; 1 (1,4%) viúva e 1 (1,4%) separada. A idade materna variou de 18 a 43 anos, com média de 27,42 anos.

Do total, 25 (34,3%) consideram-se de raça parda; 40 (54,8%), negra e 8 (10,9%) branca. Além disso, a maioria das mães (46) não tem ocupação rentável. Do restante, seis costureiras; cinco domésticas; cinco vendedoras de cosméticos; três lavadeiras; duas artesãs; duas atendentes; uma professora de dança; uma auxiliar de produção; uma advogada e uma garçonete. Todas estudaram, 1 (1,4%) até três anos; 19 (26%), de cinco a oito anos; 29 (39,7%) de nove a 12 anos e 24 (32,9%) de treze a dezesseis anos.

Na Tabela 3, encontram-se ainda os dados do perfil paterno. Os dados referentes ao estado civil, correspondem ao total de mães(N=73), haja vista esse dado foi coletado por elas e não pelos pais. Das mães participantes, 47 eram solteiras. Destas, dezenove não relataram informações do pai da criança. Assim, consideraram-se as informações sobre 54 pais.

Quanto à idade destes, variou de 24 a 52 anos, com média de 25,9 anos; a faixa mais encontrada foi de 29 a 39 anos; estudaram de quatro a quatorze anos, com média de 5,6 anos, 10 (18,5%) estudaram até oito anos; 20 (37,1%) de nove a doze anos e 24 (44,4%) estudaram de treze a dezesseis anos. A raça mais citada foi a parda (34), seguida da preta (16) e da branca (1). Apenas 14 (25,9%) eram desempregados contra 40 (74,07%) com ocupação rentável. No concernente à profissão, seis operários; cinco seguranças; cinco mecânicos automotivos; quatro motoristas de transporte coletivo; quatro cortadores de moldes de confecção; quatro zeladores; quatro cobradores de transporte coletivo; três metalúrgicos; três marceneiros e dois borracheiros.

Confiabilidade Interclasse

Na testagem, para avaliar a confiabilidade interclasse, a mesma criança foi analisada por dois examinadores distintos (interexaminadores), sem troca de informações sobre os achados, o que, eventualmente, interferiria no resultado final das análises. Utilizou-se a medida de concordância Coeficiente de Kendall tau b ($p=0,001$), haja vista as variáveis serem ordinais e, por se tratar de medida de associação simétrica, não é classificada em dependente. Utilizaram-se, então, as medidas aplicadas na primeira e terceira avaliação do estudo, como evidenciado na Tabela 4.

ITEM	Kendall tau b*	
	1ª Avaliação*	3ª Avaliação*
1. Mobilidade em Supino	0,904	0,922
2. Retração do Pescoço	0,761	1,000
3. Seguimento Visual	0,501	0,884
4. Controle do Músculo Ocular	1,000	1,000
5. Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA)	0,692	1,000
6. Alcance a partir da Posição Supina	0,850	0,790
7. Extensão do Movimento Passivo em Supino	1,000	1,000
8. Retificação da Cabeça	0,729	1,000
9. Mobilidade do Tronco	0,802	1,000
10. Posição da Cabeça em Prono	0,677	1,000
11. Posição da Extremidade Superior em Prono	0,836	1,000
12. Extensão do Movimento Passivo quando em Prono	1,000	1,000
13. Posição da Cabeça quando Sentado	0,602	1,000
14. Posição do Tronco quando Sentado	0,821	0,808
15. Habilidades de Locomoção e Transição	0,876	0,957
16. Postura das Mãos	0,591	1,000
17. Postura dos Pés	0,723	1,000
18. Frequência e Variedade dos Movimentos	1,000	1,000
19. Comportamento e Cooperação	1,000	1,000
20. Presença de Comportamentos Estereotipados	1,000	1,000
21. Perímetro Cefálico	1,000	1,000
Escore Total	0,801	0,898

* Kendall tau b ($p=0,001$)

Tabela 4- Confiabilidade Interclasse dos itens do HINT na primeira e terceira avaliação da amostra ($N=73$). Fortaleza, 2009.

Na primeira avaliação, o coeficiente de Kendall tau b variou de 0,501 a 1,00. Dos 21 itens do HINT, 4, 7, 12, 18, 19, 20 e 21 tiveram 100% de concordância e apenas dois itens baixa concordância. Na terceira, um item obteve boa concordância e quinze obtiveram 100% de confiabilidade. Quando calculada a concor-

dância do valor total atribuído, obteve-se valor de 0,801 ($p=0,001$) e 0,898 ($p=0,001$) na primeira e terceira avaliação, respectivamente.

Considerou-se o grau de concordância como excelente, acima de 0,800, bom quando o coeficiente encontrava-se entre 0,600 a 0,800; baixo quando abaixo de 0,600 (Pereira, 1995). Dessa forma, dois itens (9,5%) tiveram baixa concordância na primeira avaliação; seis (28,6%) com bom grau e 13 itens (61,9%) com excelente concordância interclasse.

Na primeira avaliação dois itens apresentaram baixa concordância, a saber: 3- Seguimento Visual e 16- Postura das mãos.

Houve excelente concordância no valor total do HINT, na primeira ($k=0,801$; $p=0,001$) e na terceira avaliação ($k=0,898$; $p=0,001$).

DISCUSSÃO

Em estudo no Canadá (Ravenscroft & Harris, 2007), identificou-se íntima relação não apenas do nível de escolaridade materna, mas também entre etnia e raça sobre o desenvolvimento infantil em crianças ($n=412$) a termo e consideradas saudáveis. Porém os autores alertam que é necessária uma amostra significativa que represente toda a população.

Comparando-se as faixas etárias das mães segundo cada região brasileira, notou-se que das mães avaliadas, segundo estudos do Ministério da Saúde, no nordeste a maioria (66,8%) estava na faixa etária de 20 a 34 anos de idade. Essa realidade vem mudando nessa região, que anteriormente apresentava muitas adolescentes grávidas, como foi identificado em décadas anteriores (Ministério da Saúde do Brasil, 2002). Em estudo utilizando o HINT no Canadá com 412 crianças a termo, a idade materna obteve uma média de 29,4 anos; escolaridade 39,8% com nível superior e 36,2% com segundo grau incompleto (Megens et al., 2007).

Ao se discutir o item Seguimento visual, que teve baixa concordância na primeira avaliação, é pertinente contextualizar a enfermagem na saúde ocular da criança. Tem-se vislumbrado determinada importância da área, pois essa clientela necessita de cuidado e proteção para o sistema visual desde o nascimento, quando o enfermeiro, como expressivo membro da equipe de saúde, é capaz de proporcionar excelentes instruções sobre os cuidados com os olhos e prevenção de doenças oculares.

De forma geral, na assistência de enfermagem, avaliam-se principalmente três aspectos: estruturas externas, acuidade visual e movimentos oculares. Nas estruturas externas, o enfermeiro realiza exame físico, pela inspeção direta ou indireta (oftalmoscópio) e palpação, com conhecimento anatômico e fisiológico para a detecção de problemas como malformação congênita, síndromes, entre outros (Campos, Santos & Gonçalves, 2006).

No HINT, o examinador mantém-se atento aos movimentos oculares, sobretudo os arcos acompanhados pela criança, ao se colocar o objeto no seu campo visual, pois o preenchimento do item 3 ocorre de acordo com o número de arcos, completo ou não. O objeto é colocado dentro do campo visual, entre 20 e 30 cm, movimentado horizontalmente e vagarosamente para ambos os lados, num ângulo de 180°. Cada vez que o avaliador movimenta o objeto de um lado para outro, tem-se o arco visual. Além disso, na faixa etária da primeira avaliação (3,5-5,5 meses), em que se teve pouca confiabilidade, a criança tende a adquirir habilidades motoras providas pelos sistemas tátil, sinestésico e vestibular. Isto, muitas vezes, a induzir a dirigir a atenção para o que é mais estimulante para ela. Assim, pode haver certa desatenção até mesmo por causa do objeto colocado no campo visual, no caso, a argola que faz parte do kit do HINT.

Entretanto não se deve desviar da perspicácia e capacidade de avaliação do profissional. Se necessário, repete-se o procedimento até a certeza do acompanhamento visual da criança, até mesmo pelas especificidades da faixa etária. Por isso, se deve estimular a presença da mãe ou principal cuidador.

Com esse resultado, as autoras se preparam para novos estudos e, conseqüentemente, necessitam desenvolver estratégias de reforço no que concerne à avaliação visual, principalmente em novos treinamentos de enfermeiros para o uso do HINT.

No estudo, o outro item com baixa confiabilidade foi o 16, Postura das mãos. Determinados itens como o 16, somente são preenchidos corretamente ao se atentar para o tempo total de aplicação, pois, especificamente, o avaliador assinala como resposta: as mãos estão predominantemente abertas (>50% do tempo); as mãos alternam entre abertas e fechadas (aproximadamente 50:50) e as mãos estão predominantemente fechadas (> 50% do tempo), com tênue diferença entre uma resposta e outra.

Mesmo quando se conhece os marcos do desenvolvimento, cada criança apresenta-se de forma peculiar. Na primeira avaliação, muitas se mostram com certa desconfiança e acabam retraindo seu repertório de movimentos, diferentemente do ocorrido nas avaliações seguintes, nas quais existe maior interação entre a criança e os avaliadores, bem como por ser o HINT bastante confiável e válido nas idades mais avançadas.

O fato é comprovado na terceira avaliação: o coeficiente de Kendall tau b variou de 0,79 a 1, e apenas um item (4,8%) apresentou bom grau de concordância, enquanto todos os demais 20 itens (95,2%) foram excelentes. Pesquisadores (Piper & Darrah, 1994) reconhecem o efeito da aplicação de escalas de desenvolvimento nessa

faixa etária, visto que a criança anda independentemente. Outros investigadores sugerem a idade limiar de 9 meses (Liao & Campbell, 2004). Nos primeiros meses de vida, a criança apresenta baixa variabilidade dos movimentos, o dado geralmente tem sido associado à incapacidade motora. Numa fase mais tardia, porém, a baixa variabilidade na aquisição de habilidades tem sido associada à melhoria de desempenho (Piper & Darrah, 1994).

Recentemente, a validade da HINT foi calculada (Mccoy et al., 2009) em dois grupos, um de baixo e outro de alto risco. Quanto mais baixo o índice total do HINT mais maduro o desenvolvimento infantil. Assim nas crianças de baixo risco, o valor encontrado era mais baixo em comparação aos de alto risco, diferenças significativas em 4, 5, 7, e 8 meses.

Os dados mostraram excelente concordância no valor total de aplicação do HINT. Isto reafirma a confiabilidade do teste para as amostras brasileiras.

Em estudo usando o HINT com 50 crianças brasileiras supostamente saudáveis, na primeira avaliação, o intervalo de idade variou de 3 a 11 meses, o ICC de 0,979 a 0,996, confiabilidade interobservadores mostrando excelente confiabilidade (Cardoso et al., 2009).

CONCLUSÕES

Consoante os dados confirmam, o instrumento é confiável, e os itens de baixa confiabilidade devem-se ao processo inicial de uso do teste. Dessa forma, sugere-se aos enfermeiros manterem-se em contínuo aperfeiçoamento e utilizarem o HINT em outros contextos. Medidas simples e baratas como o uso de instrumentos e testes na avaliação do desenvolvimento, poderiam identificar precocemente essas crianças.

Diante dessa possibilidade, cabe ao enfermeiro desenvolver caminhos estratégicos para

um agir mais crítico e com fundamentação científica. Através do seu saber, o enfermeiro reconhece o seu modelo de atuação, para que seu fazer lhe dê visibilidade e possibilite a construção de mudanças importantes no modo de produzir enfermagem, exercendo efetivamente sua autonomia, principalmente no contexto da saúde da criança. Dessa forma, enfatizam-se as competências do enfermeiro que poderá usar o HINT nessa versão na avaliação do desenvolvimento infantil, permitindo a detecção de desvios e encaminhamento da criança à especialistas. Além disso, orientar familiares e cuidadores sobre os métodos para promoção do desenvolvimento saudável.

Apesar dos dados elucidados, os enfermeiros, no Brasil, ainda não avaliam efetivamente o desenvolvimento infantil usando instrumentos como o HINT. Ressalta-se, então, a necessidade tanto de treinamentos sobre sua aplicabilidade como da geração de multiplicadores desse conhecimento produzido. Assim como o conhecimento produzido não se esgota, o HINT precisa ser aprimorado para representar as crianças brasileiras e de outras realidades, como de risco.

REFERÊNCIAS

- Bueno, F.M.G.; Queiroz, M.S.(2006): O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm* 59(2), 222-7.
- Beaton, D.E. et al(2000): Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 25(24), 3186-91.
- Campos, D.; Santos, D.C.C.; Gonçalves, V.M.G.(2006): Concordância entre escalas de triagem e diagnóstico do desenvolvimento motor no sexto mês de vida. *J Pediatr* 82(6),470-4.
- Cardoso, M.V.L.M.L. et al.(2007): Avaliação de enfermagem do crescimento e desenvolvimento de crianças brasileiras e canadenses usando o Harris Infant Neuromotor Test (HINT): Relatório de Pesquisa. Brasília: CAPES. 45 p.

- Cardoso, MVLML et al.(2009): Utilização da AIMS com crianças brasileiras. Relatório de Pesquisa. 15 p.
- Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton, D.(1993): Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 46(1),1417-32.
- Harris, S.R.; Daniel, L.E.(1996): Content validity of the Harris Infant Neuromotor Test. *Phys Therap.* 76(7), 727-37.
- Harris SR et al(2004): Development and standardization of the Harris Infant Neuromotor Test. *Infant Young Childr.* 16, 143-51.
- Hungler, B.P.; Beck, C.T.; Polit, D.F.(2004): Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Liao, P.M.; Campbell, S.K.(2004): Examination of the item structure of the Alberta Infant Motor Scale. *Pediatr Phys Ther.* 16(1), 31-8.
- Mccoy SW et al.(2009): Comparison of US and Canadian Normative Data and Examination of Concurrent Validity With the Ages and Stages Questionnaire. *Phys Ther.* 89(2), 73-80.
- Meyer, D.E.; Waldow, V.R.; Lopes, M.JM.(1998): Marcas da diversidade: saberes e fazeres na enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Megens, A.M. et al(2007): Known-groups analysis of the Harris Infant Neuromotor Test. *Phys Ther.* 87(1), 164-9.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade social. Serie G. Estatística e informação em saúde. Brasília; 2002. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf. Consultado em 07/02/2011.
- Nóbrega, M.F.B. et al(2003): Formação do enfermeiro para detecção precoce de desvios psicomotores em lactentes - Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 25(2),183-90.
- Pacagnella, R.C.; Vieira, E.M.; Rodrigues Júnior, O.M.(2008): Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 24(2), 416-26.8
- Piper, M.C.; Darrah, J.(1994): Motor Assessment of the Developing Infant. Philadelphia: Saunders.
- Pereira MG.(1995): Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pimenta,C.A.M. et al. (2009): Validade e confiabilidade do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica (IAD-28 itens) em lingua portuguesa. *Rev. esc. enferm. USP* 43(n. spe), 1071-1079.
- Ravenscroft, E.; Harris, S.(2007): Is Maternal Education Related to Infant Motor Development? *Pediatr Phys Ther.* 19(1), 56-61.
- Tse, L. et al.(2008): Concurrent Validity of the HINT and the AIMS. *J Pediatr Nurs.*23(1),28-36.

Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: uma revisão da literatura

Characterization of bullying in labor relations: a review of the literatura

Caracterización de acoso moral en las relaciones laborales: una revisión de la literatura

¹Jussara Luongo; ²Genival Fernandes de Freitas; ³Maria de Fátima Prado Fernandes

¹Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU

²Professor Doutor do Departamento de Orientação Pro-fissional. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³Professor Doutor do Departamento de Orientação Pro-fissional. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



Characterization of bullying in labor relations: a review of the literatura

ABSTRACT

The aim this paper is to reflect on the concepts and meanings attributed to bullying in labor relations in the context of the literature about this theme. Bullying is a phenomenon characterized by embarrassment, humiliation, constant and repeated violence. This situation can occur in different ways and times, however, labor relations bullying is more important because of the injury which can cause physical and psychological health of the worker, be-

yond the damage to the company as a result of injury to health its employee. Bullying at work, although in existence since the beginning of labor relations and hierarchical, it is still an issue that has recently been discussed and researched. Preventive measures against bullying are possibilities to curb its occurrence and ensure good relations in the workplace. Preventive measures for these outbreaks the desired effects are needed the direct intervention of companies in search of the organization's work environment and improving the organizational climate.

Keywords: bullying, harassment in the workplace, characteristics of bullying.

Caracterización de acoso moral en las relaciones laborales: una revisión de la literatura

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los conceptos y significados que son atribuidos al bullying en las relaciones laborales en el contexto de la literatura sobre el tema. El bullying es un fenómeno que se caracteriza por la vergüenza, la humillación, la violencia de forma constante y repetida. Esta situación

puede ocurrir de diferentes maneras y tiempos, sin embargo, en las relaciones de trabajo, el acoso es más importante debido a la lesión que puede causar problemas de salud física y psicológica del trabajador, más allá del daño a la empresa como resultado de daños a la salud sus empleados. El acoso moral en el trabajo, aunque existe desde el inicio de las relaciones laborales y jerárquicas, aún es un tema que ha sido recientemente discutido e investigado. Medidas preventivas contra el acoso escolar son posibles para reducir su incidencia y asegurar las buenas relaciones en el lugar de trabajo. Las medidas preventivas para estos brotes de efectos deseados necesitan de la colaboración e intervención directa de las empresas en busca de ambientes de trabajo propicios de las organizaciones y, también, mejorar el clima organizacional.

Palabras clave: acoso, acoso en el trabajo, las características de la intimidación.

RESUMO

O objetivo desse trabalho é refletir sobre os conceitos e significados atribuídos a assédio moral nas relações laborais no contexto da literatura sobre este tema. O assédio moral é um fenômeno caracterizado pelo constrangimento, humilhações e violência repetida e constante. Essa situação pode ocorrer de diferentes formas e ocasiões, no entanto, nas relações de trabalho o assédio moral tem maior importância devido ao prejuízo que pode acarretar na saúde física e psicológica do trabalhador, além dos prejuízos para a empresa em decorrência do agravamento à saúde de seu trabalhador. O assédio moral no trabalho, embora existente desde o início das relações trabalhistas e hierárquicas, ainda é um assunto que recentemente vem sendo discutido e pesquisado. Medidas de

prevenção contra o assédio moral são possibilidades para coibir sua ocorrência e garantir as boas relações no ambiente de trabalho. Para que essas medidas preventivas surtam os efeitos desejados faz-se necessária a intervenção direta das empresas na busca da organização do ambiente de trabalho e na melhoria do clima organizacional.

Palavras-chaves: assédio moral, assédio no trabalho, características do assédio moral.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito das relações de trabalho tem surgido uma forma de violência caracterizada pela invisibilidade e pelo silêncio que é conhecida como assédio moral. Esta forma de violência pode ser identificada não somente nas relações de trabalho, mas também nas relações entre familiares, casais, pais e filhos, irmãos ou até mesmo no ambiente escolar. Entretanto, o maior enfoque tem-se dado ao assédio moral nas relações de trabalho por dois motivos principais: a repercussão mundial de seus efeitos, a partir de publicações europeias, e pelo fato de o ambiente laboral ser considerado o mais propício para a ocorrência desse fenômeno (Rissi, 2009).

Na Enfermagem, possivelmente, o assédio moral também está presente nas relações entre os profissionais, isto porque, o trabalho é tipicamente em equipe, o ambiente é estressante, os integrantes da equipe durante o processo de trabalho está na maioria das vezes juntos, existe hierarquia e pode existir abuso de poder. O trabalho da equipe de Enfermagem propicia, por vezes, um ambiente conflituoso nas relações, possibilitando o surgimento do fenômeno do assédio moral.

O ambiente de trabalho é favorável à ocorrência do assédio moral, isto, em função das



constantes modificações nas formas e exigências de organização e produção do trabalho. As exigências têm se tornado cada vez maior por causa dos avanços tecnológicos, da hipercompetitividade e do próprio capitalismo. Todas essas mudanças são benéficas porque colaboram para o crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal do trabalhador. No entanto, enquanto essas mudanças por um lado trazem benefício, por outro lado também estimulam a competitividade negativa entre os profissionais resultando em condutas inadequadas e antiéticas, como o assédio moral.

O assédio moral é uma situação que envolve o indivíduo desde o início da existência das relações de trabalho. No Brasil colônia já havia relatos de índios e negros assediados e humilhados por colonizadores que se julgavam superiores e aproveitavam dessa superioridade para impingir-lhes sua visão em relação ao mundo, a religião e aos costumes (Heloani, 2004).

Embora o assédio moral seja uma situação vivenciada há tanto tempo pelos trabalhadores, essa discussão ainda hoje é muito discreta, o que demonstra a dificuldade dos pesquisadores em tratar de um assunto tão delicado.

Ao tratar do assédio moral também é possível encontrar as expressões *mobbing* ou *bullying*. O *mobbing* ou *bullying* no contexto laboral foi inicialmente estudado nos países escandinavos. No Brasil, o interesse pelo tem

crescido. Segundo Leymann (2006) expressão *mobbing* deve ser utilizada para caracterizar o assédio moral que ocorre no ambiente laboral, pois este se refere, em regra, a comportamentos que interferem de forma subjetiva na vítima e, raramente, é caracterizada por violência física. Em contraposição, a expressão *bullying*, geralmente, está relacionada às agressões físicas ou ameaças envolvendo situações de assédio entre crianças na vida escolar.

2. CONCEITO

O assédio moral no trabalho tinha um conceito mais restrito do que o atual. Era caracterizada apenas pela humilhação do trabalhador. Atualmente, esse conceito é mais amplo, abrangendo o constrangimento, a supervisão excessiva, críticas infundadas, empobrecimento de tarefas, sonegação de informações e perseguições no trabalho (Ferreira, 2004).

Para Hirigoyen (2000) o assédio moral no trabalho pode ser conceituado como qualquer conduta abusiva manifestando-se, principalmente, por comportamentos, palavras, atos, gestos, que possam trazer prejuízo ao trabalhador, afetando sua personalidade, dignidade e integridade física ou psíquica e colocando em perigo seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho.

O assédio moral no trabalho também pode ser definido como a exposição dos trabalhadores a situações constrangedoras, humilhantes, prolongadas e repetitivas, que acontecem durante o exercício do trabalho e de suas funções. Essas situações são mais comuns em relações hierárquicas assimétricas, predominando as condutas negativas dos chefes em relação aos subordinados, desestabilizando os trabalhadores no ambiente de trabalho, forçando-os, muitas vezes, a desistirem do emprego (Barreto, 2000).



O assédio moral é a submissão dos trabalhadores as práticas humilhantes e vergonhosas que acontecem durante a jornada de trabalho ou as funções exercidas. Entretanto, para caracterizar o assédio moral é necessário que a prática se dê de forma frequente e prolongada, buscando exercer o domínio sobre a vítima, resultando em desestabilização psicológica e danos à saúde. O assédio moral é uma das mais graves ameaças à saúde dos trabalhadores. Além das sequelas que levam aos problemas relacionados à saúde ocupacional, o assédio moral afeta a saúde mental e física, interferindo negativamente na saúde organizacional (Zabala, Cantero, 2003).

Para Caran et al (2010) o “assédio moral no trabalho, é um integrante expressivo das inúmeras vertentes da precarização da atividade laboral, constituindo-se em um tipo de violência; também, compõe o complexo quadro dos riscos ocupacionais, mais especificamente, dos riscos psicossociais. Por toda a importância do fenômeno e de suas repercussões aos trabalhadores, sabe-se que o assédio moral está sendo considerado como sendo mais um tipo de doença do trabalho. Tanto que a Organização Internacional do Trabalho indica que 8,1% da população ativa da Europa são vítimas de assédio moral”.

Outra forma de assédio moral é conhecida como assédio moral vertical ascendente. Este tipo de assédio moral ocorre quando um ou vários subordinados ficam contra o chefe, assediando-o. É praticado contra o superior hierárquico que abusa de seu poder e adota posturas inadequadas e antiéticas no ambiente de trabalho. É um tipo menos comum de assédio moral no ambiente de trabalho.

3. CARACTERÍSTICAS

Contudo, conforme nos ensina Heloani (2004), a intenção de fazer o mal é uma característica do assédio moral. Esse assédio consiste no constante constrangimento da vítima, desqualificando-a e tornando-a frágil, com o intuito de neutralizá-la em termos de poder. Psicologicamente este indivíduo enfraquecido perde sua personalidade, anula suas vontades e deixa de ser uma ameaça ao agressor devido a tanta violência.

A violência é algo constante no mundo contemporâneo. Ela se apresenta em ações do nosso cotidiano causando constrangimento maior por parecer banal, já que são situações rotineiras, chegando até mesmo a tornarem perfeitamente compreensíveis. Por isso, muitas vezes é difícil para a vítima identificar as situações de assédio moral. Assim, inexistente a percepção do outro, que é visto como objeto manipulado ou anulado na busca do objetivo a ser conseguido. O agressor tenta oprimir aquele que se encontra em posição supostamente inferior.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) a violência é a situação intencional da força física, do poder real ou da ameaça, contra a vítima individual ou contra um grupo de pessoas. Essa violência pode resultar em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou na privação.

4. SUJEITOS

Nem sempre o agressor do assédio moral nas relações de trabalho é o chefe. O assédio moral no ambiente de trabalho pode ocorrer pelo comando hierárquico e é conhecido como assédio moral vertical. Mas, também, pode ocorrer entre colegas do mesmo nível hierárquico no assédio moral horizontal, por omissão do chefe diante de agressão no assédio moral conhecido como descendente, ou ainda, quando o poder se concentra nas mãos dos subalternos tornando-os agressores do assédio moral ascendente. Em regra, os abusos acontecem de onde vem o poder, pois aquele que detém o poder pode mais facilmente abusar dele.

Percebe-se, portanto, que os sujeitos envolvidos nas situações de assédio moral no trabalho são, em regra, o trabalhador e seu superior hierárquico, ou seja, seu chefe. No entanto, nada descarta a possibilidade do assédio moral ocorrer entre trabalhadores com o mesmo nível hierárquico, isto é, o assédio pode acontecer entre os colegas de trabalho em nível de hierarquia horizontal. Porém, sabe-se que nas relações de comando hierárquico, estando o poder nas mãos do chefe, as chances de abuso deste poder e de assédio moral são mais frequentes.

As pessoas mais suscetíveis a serem vítimas de assédio moral no trabalho são aquelas que diferem dos padrões estabelecidos, como, discriminações sociais, religiosas, em função de deficiência física ou doença, por serem excessivamente competentes ou por serem improdutivas.

5. CONSEQUÊNCIAS

Diversas formas de humilhação que podem ser encontradas no ambiente de trabalho, como o controle as idas ao toailete, a intimi-

dação e proibição de conversas, o menosprezo público das dificuldades, as piadas de mau gosto, o desvio de função. A autora ainda refere que “são essas práticas que qualificam as relações no trabalho como autoritárias, que impõem medo e se refletirá na subjetividade, espaço invisível, que repercutirá nas relações familiares e amizades, impondo uma nova ordem às emoções” (Barreto, 2000).

O assédio moral gera diversas consequências ao trabalhador. A vítima sofre danos psicológicos que a impede de prosseguir suas atividades laborais. Muitas vezes, esses sentimentos são confusos, apresentando-se por medo, vergonha, insegurança, impotência e depressão, ocasionando, assim, graves problemas à saúde do trabalhador, por exemplo, a baixa autoestima, os distúrbios psicossomáticos, as crises de estresses, de insônia e de angústia. Essas situações resultam em problemas econômicos para as empresas, vez que aumentam o absenteísmo, as licenças médicas, os pedidos de demissão e até mesmo os acidentes de trabalho.

Enquanto o indivíduo não se der conta de que está sendo vítima de assédio moral, de uma perseguição, além de sentir impotente e humilhado, ele vivenciará um período estressante. Nesta situação de estresse seu organismo reagirá colocando-se em estado de alerta, deprimindo o sistema imunológico através da produção de hormônios e modificará os neurotransmissores. Os sintomas característicos do estresse são a falta de ar, as alterações do sono, a irritabilidade e dores de cabeça. Inicialmente, é uma fase de adaptação, no entanto, quando essa fase se prolonga ou acontece repetitivamente, a permanente ativação do sistema neuroendócrino acarretará distúrbios crônicos (Cigolini, 2004).

As vítimas de assédio moral, geralmente, apresentam alguns problemas após sofrerem a

violência, os principais deles são: irritabilidade, agressividade, prejuízos em relação à memória e a capacidade de concentração, desconforto gástrico, náusea e perda de apetite. Em alguns estudos também estavam associados ao assédio moral às alterações como transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo (Laymann, 1996).

A ocorrência do assédio moral, com a violência psicológica do agressor e a submissão forçada da vítima, a dor e o sentimento de perseguição passa para a esfera do individual, sem uma participação do coletivo, isto porque cada indivíduo vítima do assédio moral sofre sozinho e tem dificuldades em compartilhar com outros colegas de trabalho seus problemas e dificuldades em relação ao agressor. Mesmo quando os colegas de trabalho estão cientes do assédio moral, dificilmente os momentos de humilhação são compartilhados, pois a dor sentida pela vítima nem sempre é compreendida (Aguiar, 2003).

Essa violência psicológica é uma espécie de violência moral, caracterizada por insultos verbais e ameaças, chantagens e restrição da liberdade. A violência psicológica também utiliza de abusos e desrespeito ao indivíduo ou grupo social (Garbin, 2009).

Peixoto e Pereira (2005) relatam que para a vítima de psicoterrorismo no trabalho, sobram a depressão, a angústia e outros males psíquicos, causando sérios danos à sua qualidade de vida. Estabelecem ainda algumas diferenças de comportamentos quando se trata de vítimas mulheres ou homens. Conforme os autores, as mulheres trabalhadoras respondem com sinais de depressão como choro, tristeza, ressentimento e mágoa, rejeitando o ambiente de trabalho que antes era seu. Já os homens manifestam indignação, raiva e o desejo de vingança. Essa agressão psíquica continuada

e duradoura pode levar os trabalhadores de ambos os sexos a baixa da autoestima, estados depressivos e podendo surgir consequências somáticas da patogenia psíquica, sendo mais comuns a úlcera péptica, o infarto do miocárdio, a impotência sexual e o acidente vascular cerebral, além do aumento da ocorrência de acidentes de trabalho.

Maciel et al (2007) relatam que existe uma imensa rede de influências, em que a interação de fatores sociais, como gênero, idade e orientação sexual, com características organizacionais e com a posição hierárquica, podem propiciar o surgimento do assédio como um processo “em cascata”, que vai se intensificando gradualmente. Isto reforça a ideia de um ciclo, em que cuja causa e efeito só serão determinados quando analisados de forma mais profunda, incluindo outros fatores do meio ambiente de trabalho relacionado ao assédio moral e a cultura local.

6. PREVENÇÃO

Uma das possibilidades de solução para o assédio moral nas relações de trabalho seria a adoção de medidas preventivas. Essa prevenção poderia acontecer se nas empresas oferecesse treinamento para seus empregados visando treiná-los para lidar com as situações de violência e para evitar os conflitos, diminuindo os riscos de traumas pela violência. O treinamento para o enfrentamento desses eventos busca o fortalecimento desses trabalhadores e a garantia de um ambiente de trabalho seguro.

Outro fator importante na prevenção do assédio moral nas relações de trabalho é a empresa evitar as fofocas e boatos que podem ocorrer quando a situação de assédio moral for detectada. Essas fofocas geram uma desorganização no ambiente de trabalho, levando a

uma desagregação dos trabalhadores que influência na produtividade e na qualidade do trabalho. A vítima da situação traumática de assédio moral deve receber da empresa toda a assistência necessária para sua recuperação e para aumentar sua capacidade de enfrentamento para lidar com problemas futuros.

A empresa pode intervir para solucionar os problemas gerados pelo assédio moral na visão do indivíduo e nas causas do evento. É importante que a empresa estimule a criação de uma cultura organizacional que diminua o assédio moral e promova estilos de gestão de conflitos. Nesta gestão de conflitos faz-se necessária à implementação do planejamento estratégico para a avaliação dos riscos psicossociais da organização do trabalho, a avaliação dos riscos ocupacionais de origem psicológica, psicossocial e organizacional (Garbin, 2009).

As empresas devem manter Códigos de Ética e normatizações em protocolos de condutas a serem seguidos por todos os profissionais. Além dos códigos de ética, as empresas deveriam também criar mecanismos de proteção ao trabalhador que sofre assédio moral, estimulando-o a denunciar a agressão sofrida. Esse mecanismo poderia acontecer por meio do departamento de Recursos Humanos da empresa, garantindo o direito de denúncia e a proteção da vítima. Uma sugestão seria a denúncia, por escrito e sigilosamente, podendo o indivíduo agredido pode utilizar caixas postais e mesmo urnas em dependências isoladas dentro da organização, para ter seu anonimato garantido. Esses passos amenizariam o problema. No entanto, são as condições e as filosofias determinantes da hipercompetição no ambiente de trabalho é que devem mudar. Somente um efetivo processo de humanização do trabalho poderá fazer com que os casos de assédio moral retrocedam (Heloani, 2004).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assédio moral no ambiente de trabalho é uma situação indesejável e que deve ser combatida. As medidas de prevenção devem partir das empresas na busca da educação e treinamento de seus trabalhadores para que eles possam lidar com essa situação de forma a coibi-la e neutralizá-la, evitando que se propague e leva a prejuízos maiores.

Segundo Aguiar (2003) as empresas devem reeducar os valores que implicam uma mudança cultural, incentivando o diálogo e implantando um Código de Ética e de Conduta para os trabalhadores, baseando-se no respeito mútuo e no trabalho em equipe.

Percebe-se, contudo, que as medidas para prevenir o assédio moral são simples e possível se serem aplicadas nas relações de trabalho, basta que haja realmente uma preocupação com este fenômeno. Para isso, é preciso que se conheçam seus males à saúde do trabalhador e seus prejuízos para a empresa.

A equipe de Enfermagem deve estar atenta à presença deste evento, que, realmente, pode fazer parte do cotidiano de trabalho destes profissionais. É importante que estudos sobre o tema sejam realizados nessa área profissional, buscando as respostas necessárias à melhor compreensão desse fenômeno entre os agentes dessa profissional, bem como revelando medidas a serem implantadas para prevenção de riscos desse tipo de ocorrência na área da enfermagem.

Colpo, Camargo, Mattos (2006) destacam que podemos, muitas vezes, perceber que não é somente a profissão de enfermagem que sofre com a exploração e a opressão vivenciada pelas mulheres no contexto família, trabalho, política e na construção de saberes, pois aponta o peso das relações de gênero na reprodução das desigualdades nas estruturas do pensar, do

fazer e do sentir. Acreditamos que futuros estudos sobre o fenômeno do assédio moral nas relações interprofissionais na área da saúde, mormente entre os profissionais de enfermagem, sejam importantes até para identificar quem são seus agentes e suas vítimas e buscar discutir maneiras de enfrentamento desse tipo de situação.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AGUIAR, ALS. (2003) Assédio Moral nas organizações: estudo de caso dos empregados demitidos e em litígio judicial trabalhista no Estado da Bahia. Dissertação de Mestrado em Administração Estratégica. UNIFACS. Salvador.
- BARRETO, M. (2000) Uma jornada de humilhações. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em <http://assediomoral.org/site/assedio/AMconceito.php>. Acesso em junho de 2011.
- CARAN, VCS et al. (2010) Assédio Moral entre docentes de instituição pública de ensino superior do Brasil. *Acta Paul. Enf.*; 23(6):737-744.
- CIGOLINI, G. (2004) Assédio Moral: um novo (velho) mal-estar no trabalho. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. 76 p.
- COLPO JC, CAMARGO VC, MATTOS AS. (2006) A imagem corporal da enfermeira como objeto sexual na mídia: um assédio a profissão. *Cogitare Enferm.*; 11(1): 67-72.
- FERREIRA, HDB. (2004) Assédio moral nas relações de trabalho. Campinas: Russell.
- GARBIN, ADC. (2009) Representação na mídia impressa sobre assédio moral no trabalho. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública.
- HELOANI, JRM. (2004) Assédio moral – um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. *RAE eletrônica – Escola de Administração de Empresas da FGVSP*; 3(1): jan/jun.
- HIRIGOYEN, MF. (2000) Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Trad. Rejane Jonowitz. Bertrand Brasil.
- LEYMANN, H. (2006) Mobbing concept. The Mobbing Encyclopedia. Disponível em <http://www.bullyonline.org/workbully/mobbing.htm>. Acesso em junho de 2011.
- LEYMANN, H. (1996) Contenido y desarrollo dela coso grupal/moral (“mobbing”) em el trabajo. *European Journal of Work and Organizational Psychology*; 5(2):165-184.
- MACIEL, RH. (2007) Auto relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. *Rev. Psicologia & Sociedade*; 19(2): 117-128.
- Organización Mundial de la Salud. (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf. Acesso em junho de 2011.
- PEIXOTO, OS; PEREIRA, IV. (2005) Assédio moral no trabalho: repercussões sobre a saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Med. Trab*; 3(2):135-137.
- RISSI, V. (2009) Assédio moral e violência psicológica: perspectiva dos trabalhadores em serviços de saúde filiados aos Sindisaúde de Passo Fundo, RS e região. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Vale dos Sinos, RS.
- SILVA, JH. (2006) Assédio moral nas relações de trabalho frente ao princípio da dignidade da pessoa humana. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- ZABALA, IP; CANTERO, AO. (2003) La incidencia del mobbing o acoso psicológico em el trabajo em la Espana. *Revista de Relaciones Laborales*; 7(2):35-62.

Miscelánea

ENTREVISTA A JOSÉ SILES, PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE LAS PRÓXIMAS JORNADAS DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

XII CONGRESO NACIONAL

VII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y

VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

Universidad de Alicante (España),

24, 25 y 26 de noviembre de 2011



José Siles (Presidente del Comité Científico)

¿Cuántos años organizando las jornadas internacionales de cultura de los cuidados?

Bueno, son muchos años organizando las Jornadas de Cultura de los Cuidados. Las primeras empiezan con el nuevo siglo, celebrándose en Alicante en Junio del 2000. Posteriormente las hemos ido celebrando cada dos años y actualmente estamos por la VII edición. Aunque este año es especial, porque nuestras jornadas coinciden con las de la Asociación de Historia de la Enfermería y la Federación Iberoamericana de historia de la enfermería.

¿Qué motivación les impulsa a hacer este tipo de cosas?

La de canalizar algo que surge de forma natural y no lo tiene fácil: vertebrar diferentes proyectos y hacerlos consistentes y resistentes al paso del tiempo. La motivación principal creo que radica en la necesidad de erigir una plataforma de intercambio de conocimientos y experiencias en investigación cualitativa, especialmente en cuatro bloques que las jornadas han mantenido desde sus orígenes: fenomenología, historia, antropología y teoría y método (todo ello aplicado al contexto de los cuidados). Aunque realmente, las jornadas no fueron el origen de esta dinámica, lo primero fue la revista del mismo nombre “Cultura de los Cuidados” que nace en 1997 y se mantiene vigente con carácter cuatrimestral. Seguimos profundizando en el asunto y vimos la necesidad de diseñar un programa de doctorado que diera salida a investigadores implicados en nuestra temática; por supuesto, el programa se denominó “Enfermería y Cultura de los Cuidados” y constituyó todo un éxito en cuanto a cantidad y calidad, pues nos llegaron investigadores procedentes de toda Latinoamérica y de toda España. Estos nuevos doctores, tras

leer sus tesis, volvieron a sus puntos de origen, pero los seguimos considerando como algo muy nuestro...y creo que eso es recíproco. También organizamos el premio “vida y salud de relatos”, vamos por la undécima edición, y diferentes actividades de investigación en el nuevo programa de doctorado. Invito a todo el que esté interesado en estas actividades, incluida la información sobre el simposio y el certamen Vida y Salud de Relatos”, a que visite nuestra página web: <http://web.ua.es/es/cultura-cuidados/>

¿Qué propósito tiene este macro evento?

Fundamentalmente, pretendemos que este simposio sirva de plataforma de interacción y comunicación entre los profesionales de los cuidados que se ocupan de la investigación cualitativa, en general, y este año adquiere especial protagonismo el apartado histórico que ocupa un espacio remarcado por la presencia de varias asociaciones iberoamericanas de historia de la enfermería. En definitiva pretendemos analizar el aspecto humanista de la enfermería mediante el estudio histórico y cultural de los cuidados.

¿Nos podría hablar sobre algunos de los participantes en el simposio?

Por supuesto, además de la participación de colegas españoles, van a venir grandes expertos de diferentes países: Brasil, Méjico, Colombia, Argentina, Portugal, Chile, Venezuela, etc. por ejemplo, una de las investigadoras más prestigiosas de la enfermería, la Dra. Taka Oguisso, profesora de la Universidad de Sao Paulo y que ha estado muchos años ocupando la secretaría del Consejo Internacional de Enfermería, nos hablará sobre “La incidencia del CIE en la historia y socialización de la enfermería”; un gran experto en fenomenología

de los cuidados, el Dr. Genival Fernandes de Freitas, de la Universidad de Sao Paulo, tratará el tema de las vivencias de salud-enfermedad desde la perspectiva fenomenológica; el profesor Alfredo Bermúdez nos hablará de la situación de la enfermería en Méjico desde la perspectiva histórica; la Dra. María Alice Dos Santos (E.S.E. Lisboa) tratará el tema más deficitario en la enfermería iberoamericana: las teorías en enfermería. El Dr. Fernando Porto Ramos tratará sobre la historia de la enfermería brasileña (Escuela de Enfermería Alfredo Pinto UNIRIO); la profesora Julia Huaiquian Silva que tratará el tema de la historia enfermera en Chile, etcétera. Entre los colegas españoles contaremos con prestigiosas figuras de la investigación cualitativa, historia de la enfermería, antropología de los cuidados y fenomenología: El Dr. Francisco Herrera Rodríguez (Universidad de Cádiz); M^a Teresa Miralles Sangro (Universidad de Alcalá de Henares); la Dra. Amparo Nogales (Universidad Juan Carlos I de Madrid); Los doctores Antonio C. García Martínez (Universidad de Huelva) y Manuel J. García Martínez (Universidad de Sevilla); Manuel Amezcua y César Hueso (Fundación Index/ Universidad de Granada) Finalmente, la Dra. Francisca Hernández impartirá una conferencia sobre el lema del simposio: “La historia como integradora de culturas y saberes”.

¿Está prevista la celebración de actividades en paralelo al evento?

Sí, aparte del apartado lúdico, en el transcurso del simposio está previsto celebrar una Asamblea con objeto de constituir la Federación Iberoamericana de Enfermería. Además se celebrará un taller de investigación cualitativa impartido por los profesores Manuel Amezcua y César Hueso (ambos de la Funda-

ción Index). Por otro lado se fallará el XI Certamen Vida y Salud de Relatos (absoluto y estudiantes / profesionales de salud) con el acto de entrega de premios. También está prevista la presentación de libros de diferentes autores de la enfermería cuya temática está relacionada con el tema del simposio.

La historia tiene fama de ser una ciencia cuya utilidad apenas va más allá de la erudición y que no tiene aplicaciones en la práctica, en la realidad, ¿qué aportaciones prácticas..., qué utilidad puede tener un evento de estas características?

Parafraseando a mi querida amiga la Dra. Francisca Hernández, que acuñó el lema de este simposio: “La historia como facilitadora de la integración de culturas y saberes en cuidados de salud”; que es un lema muy significativo, sobre todo en estos tiempos en los que la dinámica migratoria y la globalización inciden de lleno en la configuración de realidades multiculturales que resultan problemáticas a niveles de cuidados y que, por ello, precisan de estudios que permitan a los profesionales alcanzar la competencia cultural en cuidados. La competencia cultural, aunque algunos no lo crean, permite la integración de culturas y saberes de los cuidados en sociedades multiculturales, que son, por otro lado, cada vez más numerosas y constituyen un gran reto en el presente siglo. Aparte de lo dicho, podríamos seguir hablando de la utilidad de la historia en la realidad, dado que sin historia no puede existir socialización (ni nacional, ni comunitaria, ni profesional, etc.). Además, fíjese en una cosa, para que los pacientes participen activamente en la planificación, el control y, en definitiva, tengan voz en la gestión de sus problemas de salud y en la reinterpretación de sus estilos de vida; es

fundamental la toma de conciencia histórica que permita la socialización de estos grupos.

¿Qué clase de estudios son los que pueden facilitar la competencia cultural de los profesionales de salud?

Todos aquellos estudios que nos ayuden a clarificar las raíces culturales de los estilos de vida; es decir, los factores que, permaneciendo ocultos bajo la superficie social, inciden en que la gente se comporte de un modo saludable o no. La historia que, como maestra de la vida, nos explica cómo y por qué los cuidados y los problemas de salud existen en una cultura y tiempo dados; la antropología de los cuidados nos facilita el significado y la comprensión de la persistencia de unos determinados estilos de vida; la fenomenología de los cuidados, por su parte, nos ayuda a entender las vivencias de las personas en situaciones de vida-salud-enfermedad-muerte. En definitiva, estudios que tratan a las personas como tales, considerando sus valores, sus creencias y la red de significados en la que entretienen sus hábitos.

http://www.npmundo.com/congreso2/mod/paso_10.asp?id_congreso=21

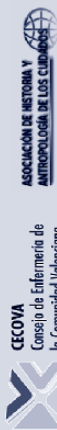
LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES



III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA
XII CONGRESO NACIONAL
VII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA Y
VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CIUDADANOS

– Concedidos 2 créditos de libre elección –
Universidad de Alicante (España),
24, 25 y 26 de noviembre de 2011

ORGANIZA



Universitat d'Alicante
Departamento de Enfermería

COLABORA

Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia
Federación Iberoamericana de Historia de Enfermería
Asociación Nacional de Historia de la Enfermería
Escuela de Enfermería (Universidad de Alicante)
Fundación Indax

Universitat d'Alicante
Universitat d'Alicante
Vicerrectorado de Extensión Universitaria

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

www.npmundo.com/congreso

Congresistas*	Antes del 25 Oct-11	Después 25 Oct-11
Alumnos**	195 euros	230 euros
	60 euros	65 euros

* La inscripción incluye: Asistencia a las jornadas, café y almuerzos y cenas del Congreso.
** La inscripción incluye: Asistencia a las jornadas y almuerzos y cenas.

- Reconocido de Interés Profesional por el CEVOVA
- Concedidos 2 créditos de libre elección
- Solicitados Créditos para la Formación

Normas de comunicación: www.npmundo.com/congreso
fecha límite de recepción de trabajos 30 septiembre 2011

SECRETARÍA TÉCNICA

Dpto. Congresos Vicesra Nuestro Pequeño Mundo
Avenida de la estación, nº 5 - 03003 Alicante
Teléfono: 965130228 • Fax: 965229907
www.npmundo.com/congreso • e-mail: congreso@npmundo.com

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: José Antonio Añilo Olivares
Secretaría: Ricardo Marín Peñalver

Vocales:

- Antonio Hernández Ojeda
- M^a Pilar Benicio Rieg
- Monserat Argués Perca
- Manuel Jillo Crespo
- Isabel Casabona Martínez
- Ana Lucía Nicasón Peña
- Antonio Peña Rodríguez
- José M. Pizarro Moreno
- Antonio Yerdú Rico
- Ramóns Yáñez Muñoz
- M^a Angeles Gómez Valencia
- Ascensión Marruquí Rodríguez
- M^a José Flores López

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: José Silés González
Vicepresidenta: Carmen Solano Ruiz
Vicepresidenta sección española: Francisca Hernández Martín.
Universidad Complutense, Madrid.
Vicepresidenta sección Iberoamericana: Idoia Oguiso.
Universidad de San Pablo, Brasil

Vocales:

- Miguel Amézaga Martínez
- Magdalena Santa Tomás Pérez
- Luis Obando Juan
- José Ramón Martínez Riera
- Ampero Nogales Espert
- Ana C. García Martínez
- Maribel J. García Martínez
- Cesar Hueso Montoro
- Encarnación García Hernández
- Flore Vazquez Moreno
- Rosa M^a Pérez Calmonanos
- Eva Guadalupe Bravo
- Juan María Domínguez Santamaría
- Carmen Chacón Vega
- Mercedes Núñez del Castillo
- Miguel Castells Molina
- Miguel Ángel Fernández Molina
- Mercedes Rico Baeza
- Julio Huacujaán Silva
- Mirza Leleier Valdivia
- Naomi Moreno Alcaraz
- M^a Teresa Pineda Vázquez
- Genial Ferrnandes de Freitas
- Alfredo Bermúdez
- Fernando Porto Ramos
- Luziana Barichan Luchesi
- Pablo Souza Campos
- Alessandra Carpio
- Aika Curbal
- Oscar W. Ramos Ferrera
- Isabel Sanes
- Teresa Galvado
- Ana B. Pires
- Marta Paz Viebro de Freitas
- Joel Namio
- Almendra Marano
- Wellington Amorim
- Miriam Bornstein

LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES



OBJETIVOS

- Con la celebración de este evento científico, nos hemos propuesto:
- Servir de plataforma de interacción y comunicación entre los historiadores de la enfermería del ámbito iberoamericano.
 - Identificar el potencial de la historia como facilitador de la integración de culturas y saberes en enfermería.
 - Desarrollar una metodología cualitativa para la dialéctica salud-enfermedad, y establecer su relación con la dimensión holística de los cuidados enfermeros, desde el punto de vista de la historia, a través de la investigación fenomenológica, teórica, histórica y antropológica de los cuidados enfermeros. Así como servir de plataforma para el intercambio de estudios, y paradigmas en enfermería.
 - Analizar el aspecto humanista de la enfermería mediante el estudio histórico y cultural de los cuidados.
 - Promover la reflexión y el debate entre las diferentes concepciones de cuidado a través del tiempo, y sobre todo, poner en marcha una interacción pragmática entre pasado y presente, capaz de situar la enfermería en el espacio social y profesional mediante la reflexión historiográfica enfermera.
 - Contribuir a la organización periódica de eventos (foros, congresos) en donde se expongan los trabajos relativos a los campos anteriormente expresados.
 - Reflexionar sobre la dimensión histórica de las vivencias que transcurren durante los procesos de salud-enfermedad.
 - Clarificar las raíces culturales históricas que determinan los estilos de vida.

Dirigido a: **profesionales de la salud y personas vinculadas con las Ciencias Sociales y Humanidades.**

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 NOVIEMBRE

MAÑANA

- 8:30 h. Entrega de documentación.
- 9:00 h. Colocación de Póster (Hall Edificio de Enfermería).
- 9:30 h. Acto de apertura.

10:00 - 11:00 h. Conferencia Inaugural: La incidencia del CIE en la historia y socialización de la Enfermería.

Dra. Taka Oguiso (Universidad Sao Paulo).

11:00 h. Pausa - Café.

11:30 - 12:30 h. Mesa Redonda N° 1:

Historia y Cultura de los cuidados.

- Dr. Francisco Herrera Rodríguez (Universidad de Cádiz)
- Dr. Alfredo Bermúdez González (UNAM México)
- Dr. Manuel J. García Martínez (Universidad de Sevilla)

12:30 h. Presentación de Comunicaciones.

12:30 h. Presentación libros

Fallo Premio VIDA Y SALUD

14:00 h. **Almuerzo de trabajo**

TARDE

16:00 h. **Mesa Redonda N° 2:**

"Historia y Fenomenología: la vivencia de los cuidados a través del tiempo"

• Dr. Genival Fernández de Freitas

(Universidad de Sao Paulo)

• Dra. Amparo Nogueles Espert

(Universidad Juan Carlos I, Madrid)

• Dr. Fernando Porto Ramos

(Escuela de Enfermería Alfredo Pinto UNIRIO)

17:30 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. **Taller Investigación cualitativa:**

El trabajo con narrativas (Fundación Index)

20:00 h. Acto lúdico

VIERNES 25 NOVIEMBRE

MAÑANA

9:00 - 10:00 h. **Mesa redonda N° 3:**

Historia y Antropología: historia cultural de los cuidados.

- D^{ra} Teresa Miralles Sangro

(Profesora Universidad de Alcalá de Henares)

- Dr. Antonio García Martínez

(Universidad de Huelva)

- D^{ra} Julia Huatiquen Silva

(Universidad de Concepción, Chile)

10:45 h. Pausa Café.

11:00 h. Defensa Posters.

11:15 h. Presentación de Comunicaciones.

14:00 h. Almuerzo de trabajo

TARDE

16:30 - 18:00 h. **Mesa redonda N° 4:**

La teoría de la historia de los cuidados.

- D^{ra} María Alde Dos Santos (E.S.E. Lisboa)

• D. José Antonio Ávila Olivares (CECOVA)

- D. Manuel Amezcua Martínez (Fundación Index)

18:00 - 20:00 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. Reunión Constitución Federación Iberoamericana de Enfermería.

SABADO 26 NOVIEMBRE

MAÑANA

10:00 h. **Conferencia de Clausura:**

La historia como integradora de culturas y saberes.

Dra. Francisca Hernández Martín

(Universidad Complutense de Madrid)

11:00 h. Comunicaciones libres

13:00 h. Conclusiones y clausura

NOTA: Se podrán enviar comunicaciones digitales a través de paranimfo digital organizado por la Fundación Index.

Biblioteca comentada

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

José Siles González

EDITORIAL: DAE Difusión Avances de Enfermería. EDICION 2011

Este libro dedicado a la enfermería está vertebrado por tres partes diferenciadas, que comparten sin embargo el mismo propósito: ofrecer una visión histórica de los cuidados de enfermería, sin desatender los hechos, pero prestando la atención que merecen los apartados teórico, práctico y metodológico de la historia.

La primera parte está enfocada la reflexión sobre la naturaleza de la historia y al esclarecimiento de las herramientas teóricas, metodológicas y técnicas que resultan más pertinentes para acometer con seriedad y expectativas razonables de éxito la ardua tarea de hacer de la historia de la enfermería una ciencia útil y viva. Para llegar a este fin ha sido preciso pulverizar estereotipos como el que sostiene la tan arbitraria como extendida creencia de que la historia es exclusivamente una disciplina cuyo principio y final se fundamentan en la erudición, algo por otra parte tan importante como insuficiente e injusto con respecto al potencial de esta ciencia. En definitiva, la historia de la enfermería es el instrumento principal de la socialización de la enfermería y asimismo, la llave que regula el control de la dinámica social, económica, profesional, estética e ideológica del colectivo.



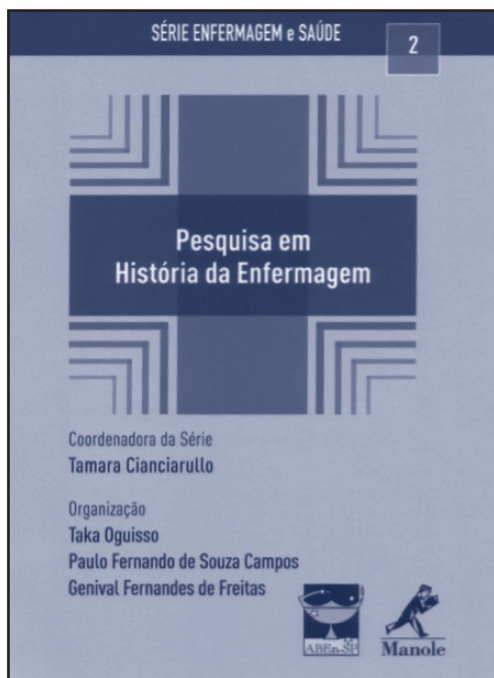
En la segunda parte se aborda la actividad de los cuidados de salud desde la perspectiva de la historia social y cultural abarcando desde el origen del ser humano en la prehistoria hasta la actualidad y en todas las épocas e analizan las estructuras mentales, sociales, religiosas, políticas y sanitarias que, en las diferentes culturas han ido perfilando la historia de la enfermería.

En el tercer y último apartado, la obra concluye con una concienzuda reflexión sobre la evolución de la enfermería a través de los dife-

rentes paradigmas científicos con los que se ha interpretado de forma muy diferente el papel social, profesional científico de la disciplina y su relación con los factores que han contribuido a esta disímil idea de le enfermería: género, democracia, desarrollo económico y social, progreso y democratización de la ciencia. Se describen, asimismo los cambios históricos que han influido en la construcción social de la disciplina y el proceso de adaptación a la

universidad desde su integración en 1977 hasta la creación de los nuevos ciclos (grado, máster, doctorado) en el marco de convergencia del Espacio Europeo de Educación Superior.

Este texto por tanto va dirigido a alumnos de los diferentes ciclos de enfermería como a los docentes interesados en la historia de los cuidados, en su gran utilidad en la práctica socializada y en las características de sus cimientos teóricos y metodológicos.



PESQUISA EM HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

Oguisso, T; de Souza Campos, PF; Fernandes
de Freitas, G. (eds.) (2011)

EDITORIAL: Manole, Sao Paulo (548 págs)

Este libro sobre investigación histórica en la disciplina enfermera ha sido coordinado por tres doctores brasileños: Taka Oguisso, Paulo Fernando Souza Campos y Genival Fernandes de Freitas. El texto cuenta con treinta autores que, desde sus contextos culturales, ofrecen una panorámica fidedigna sobre la situación de la investigación histórica en la enfermería iberoamericana. Así nos encontramos con aportaciones de investigadores de la enfermería brasileña, colombiana, chilena, etc. La obra se vertebra en dos grandes bloques temáticos: el primero está dedicado a los hechos temáticos en investigación de la historia de la enfermería. En este primer bloque los autores nos presentan una amplia panorámica de los principales puntos de vista o perspectivas desde la que se

aborda la historia de la enfermería: historia del ejercicio profesional, historia social, antropología histórica de los cuidados, género, historia de las instituciones y representaciones sociales. En un segundo bloque, dedicado al abordamiento teórico y metodológico de la historia de la enfermería, nos encontramos con diferentes perspectivas metodológicas: historia comparada, etnografía, biografía, investigación documental, fenomenología, investigación fotográfica, historia oral, semiótica narrativa, revisiones sistemáticas de la literatura, y materiales filmicos. Finalmente, nos encontramos con un índice temático que nos ayuda a “navegar” con el rumbo bien orientado a través este mar textual.

En definitiva, tanto por la gran calidad de los capítulos que se integran en esta obra, como por el prestigio de sus autores, se trata de un libro que no debe pasar por alto ningún interesado en la historia de la enfermería.

José Siles González



**LAS ENFERMEDADES DE SÍSIFO.
REFLEXIONES SOBRE LITERATURA,
MEDICINA Y ENFERMEDAD**

Herrera Rodríguez, F. (2011)
Imprenta Rimada, Cádiz (198 páginas).

Mentiríamos si dijéramos algo así como que el autor nos ha sorprendido, porque conocemos a Francisco Herrera Rodríguez desde hace muchos años y su rebosante erudición sólo tiene parangón con la carga de desbordante humanismo que “contamina” a todo aquel que tiene la suerte de encontrárselo por uno de esos caminos por los que transitan los cofrades de la historia de la medicina y/o la enfermería. Este libro constituye la confirmación escrita de la visión global, renacentista y, sobre todo, sabia, que ha marcado la trayectoria vital y profesional del profesor Herrera Rodríguez. El libro se vertebra en diez “cuadernas” o capítulos que atraviesan de principio a fin el

texto confiriéndole unos tintes de coherencia y creatividad difíciles de alcanzar en este tipo de aportaciones en las que la transversalidad se hace visible, entendible y apetecible. El cruce de caminos, la encrucijada entre medicina, salud, enfermedad, narrativa y, por supuesto, poesía. En el primer capítulo titulado: Sísifo: entre la literatura y la enfermedad; después de reflexionar sobre la utilidad de la literatura para conocer y “sentir” (meta-sentir) los efectos que diferentes enfermedades han causado a aquellos autores cuyas obras expresan de forma autobiográfica los efectos de la enfermedad, el lector se encuentra con alusiones a Daudet y su “Tierra del dolor” (en la que narra sus vivencias cuando enferma de sífilis). También nos encontramos con la descripción de la experiencia de enfermos de ficción (personajes), como es el caso de la novela de Tolstoi: “La muerte de Ivan Ilich” en la que la enfermedad es la metáfora de una vida sin significado que desemboca en la soledad social marcada por el estigma de una enigmática enfermedad. Sigue Herrera deleitándonos con reflexiones para las que emplea un material de exquisita solvencia: Susan Sontag, Quevedo, Whitman (enfermero en la guerra de secesión americana), Sivia Plath, Plá, Mann, Camus, Laín Entralgo, etc. En el segundo capítulo se ocupa del prolífico narrador Daniel Defoe empleando una de sus obras “Vida y extraordinarias y portentosas aventuras de Robinson...” que fue publicada en partes durante el primer tercio del siglo XVIII, como un modelo de supervivencia en soledad. Nos habla el autor sobre las obras de gran contenido social que escribió Defoe y lo considera como un pionero de la historia social poniendo como referencia una de sus novelas con contenido autobiográfico en la que narra la epidemia de peste que asoló Londres en 1665 y que vivió en su infancia el autor.

El tercer capítulo resulta especialmente interesante para dos colectivos: los amantes de la poesía y las enfermeras-os. Se titula “Un enfermero llamado Walt Withman. En el mismo, además de reseñar su experiencia como enfermero en la guerra de secesión americana y mostrarnos algunas de sus poesías fruto de aquellas vivencias tan dramáticas como humanas, nos deleita con alusiones a Miguel Hernández, Henri Dunant, Nightingale, etc. En definitiva, trata de algo universal, la guerra, tan universal como los cuidados que demandan esos escenarios tan trágicos en los que la dialéctica entre la crueldad y la piedad componen un complejo cuadro del ser humano.

El cuarto capítulo lo dedica al Dr. Conan Doyle y a los cuentos que escribe en los que deja constancia de sus experiencias con la enfermedad; en el quinto nos encontramos con un recorrido al análisis que Luis Granjel realiza respecto a las “neurosis” de Unamuno. En este apartado están presentes las obsesiones de Unamuno respecto al más allá, el dolor, la muerte, etc. En el sexto capítulo el autor hace un recorrido por la obra del Dr. Marañón en relación a la enfermedad y sus diferentes significados según las clases sociales, los contextos geográficos y culturales, etc. En el séptimo, dedicado a la posguerra y la escasez que genera en alimentos y medicinas; el autor nos describe diversas situaciones posbélicas mediante la asociación de dos medios muy vinculados: la novela (el tercer hombre de Graham Greene) y el cine (Carol Reed) en las que se adulteran medicinas tan de primera necesidad como la penicilina y donde el amor, la amistad y la traición se desenvuelven de forma tan natural como en los clásicos griegos. El octavo capítulo está dedicado a una profunda reflexión sobre el potencial estigmatizador de la enfermedad y la marginación que ésta genera a nivel sociolaboral, familiar e incluso individual

(incertidumbre, inseguridad y penalización sobre uno mismo). El noveno capítulo está dedicado a la experiencia vivida de José Luis Sampedro en el hospital Monte Sinaí y en el décimo y último nos encontramos de nuevo con una novela autobiográfica: “Las crónicas del linfoma” escritas por el periodista asturiano José Comas.

Es tal la pericia del profesor Herrera para entrelazar datos, contextos, personas y personajes, ficción y realidad; que el lector queda atrapado entre los fogonazos y destellos que emanan desde sus documentadas reflexiones. El Sísifo humano es el que el autor nos refleja como ejemplo de resistencia activa ante los momentos más duros que, más tarde o más temprano, todos hemos de vivir.

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º **2077 0482 16 3100 518783**
- Domiciliación bancaria

*Departamento de subscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.: