

# CULTURA DE LOS CUIDADOS

## REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2.º Semestre 2009 • Año XIII - N.º 26

### EDITORIAL

- *História da enfermagem no Brasil*

### FENOMENOLOGÍA

- *Querida amiga Bea*

### HISTORIA

- *Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el Siglo XIX*
- *La Enfermería en la Corte Real entre la Edad Media y la Edad Moderna: actividad asistencial en la corte de Enrique IV e Isabel de Valois*
- *Acupuntura na Saúde Pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros*

### ANTROPOLOGÍA

- *¿Qué conocen los jóvenes de Villena sobre los cuidados tradicionales de la piel?*
- *Perfil dos homens formados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1950-1990)*
- *Assistência de enfermagem no câncer da mama e linfonodo sentinela: uma abordagem qualitativa face à atuação das equipes multidisciplinares*

### TEORÍA Y MÉTODO

- *La virtud narrativa de la autobiografía. La huella mnémica en un grupo de enfermeras*
- *Las dificultades en el proceso académico susceptibles de producir resiliencia, según alumnos de enfermería españoles*
- *Caracterização da comunicação entre enfermeiros e pacientes de um hospital do Ceará, Brasil*
- *Esclerose Múltipla - conhecer para melhor cuidar*

### MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *Prensa Tesis M<sup>a</sup> Teresa Pinedo*
- *Grupo Cultura de los Cuidados*



CONSEJO DE  
ENFERMERÍA  
DE LA COMUNIDAD  
VALENCIANA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA  
DE LOS CUIDADOS

---

# Cultura de los Cuidados

2°. Semestre 2009 • Año XIII - N.º 26

---

**CONSEJO EDITORIAL**

**DIRECCIÓN**

José Siles González

**SUBDIRECCIÓN**

Luis Cibanal Juan

**ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN**

Carmen Solano Ruiz  
Ana Lucía Noreña Peña

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

**SECRETARÍA**

Elena Ferrer Hernández  
ferrer\_ele@gva.es • Telf.: 966989085

Asunción Ors Montenegro  
Miguel Ángel Fernández Molina  
Eva M<sup>a</sup> Gabaldón Bravo  
Flores Vizcaya Moreno  
José Ramón Martínez Riera  
Juan Mario Domínguez Santamaría  
M<sup>a</sup> 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

**REDACTOR ELECTRÓNICO**

Francisco Calatayud Menor

**DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA**

Colegio Oficial de Enfermería de Alicante  
José Antonio Avila Olivares. *Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*  
Belén Paya Pérez. *Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*  
Antonio Verdú Rico. *Vicepresidente del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*  
Juan José Tirado Dauder. *Enfermero. Secretario General del Consejo Valenciano de Enfermería.*  
Francisco Mulet Falcó. *Enfermero. Tesorero General del Consejo Valenciano de Enfermería.*  
Francisco J. Pareja Lloréns. *Enfermero. Vicepresidente del Consejo Valenciano de Enfermería.*  
Belén Esteban Fernández. *Enfermera. Tesorera del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*

**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)*

Esperanza de la Peña Tejeiro  
Enfermera.  
*Profesora Titular Escuela de Enfermería Universidad de Extremadura (España)*

Cecilio Eserverri Cháverri  
Enfermero e Historiador de la enfermería  
*Centro Asistencial San Juan de Dios Palencia (España)*

Francisca Hernández Martín  
Enfermera y Licenciada en Historia  
*Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería Doctora por la Universidad Complutense de Madrid Profesora Titular Escuela de Enfermería Universidad Complutense de Madrid Madrid (España)*

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

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

Natividad Sánchez González  
Enfermera  
*Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia Universidad de Albacete (España)*

Francisco Ventosa Esquinaldo  
Enfermero. Historiador de la Enfermería.  
*Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España)*

Carmen de la Cuesta Benjumea  
Ph.D en Enfermería  
*Profesora Visitante Universidad de Alicante (España)*

Marilyn Douglas  
Doctora en Enfermería  
*Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU)*

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<sup>o</sup> Pta. 10 - 46010 Valencia  
Tarifas 2 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)  
Imprime: Gráficas Estilo. Alicante (España)

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS.

MARCA ESPAÑOLA N<sup>o</sup> 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

## SUMARIO

• <b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	4
• <b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS</b> .....	5
• <b>EDITORIAL</b>	
<b>História da enfermagem no Brasil</b> .....	7
DR FERNANDO PORTO	
• <b>FENOMENOLOGÍA</b>	
<b>Querida amiga Bea</b> .....	9
CONSUELO GIMÉNES DE CISNEROS	
• <b>HISTORIA</b>	
<b>Historia de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el Siglo XIX</b> .....	12
RAÚL EXPÓSITO GONZÁLEZ	
<b>La Enfermería en la Corte Real entre la Edad Media y la Edad Moderna: actividad asistencial en la corte de Enrique IV e Isabel de Valois</b> .....	22
FRANCISO JAVIER CRESPO MUÑOZ, E. LUQUE SÁNCHEZ, GA. CAÑADAS DE LA FUENTE, A. GONZÁLEZ GARCÍA	
<b>Acupuntura na Saúde Pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros</b> .....	27
LEONICE FUMIKO SATO KUREBAYASHI; GENIVAL FERNANDES DE FREITAS; TAKA OGUISSO	
• <b>ANTROPOLOGÍA</b>	
<b>¿Qué conocen los jóvenes de Villena sobre los cuidados tradicionales de la piel?</b> .....	34
PABLO PASCUAL FERRIZ / INMACULADA LOSA MARTÍNEZ / DAVID MONASOR ORTOLÁ	
<b>Perfil dos homens formados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1950-1990)</b> .....	38
KLEBER DE SOUZA COSTA, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS	
<b>Assistência de enfermagem no câncer da mama e linfonodo sentinela: uma abordagem qualitativa face à atuação das equipes multidisciplinares</b> .....	49
ELAINE CRISTINA CARVALHO MOURA, GERDANE CELENE NUNES DE CARVALHO, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA	
• <b>TEORÍA Y MÉTODO</b>	
<b>La virtud narrativa de la autobiografía. La huella mnémica en un grupo de enfermeras</b> .....	57
ANA PIERA ORTS	
<b>Las dificultades en el proceso académico susceptibles de producir resiliencia, según alumnos de enfermería españoles</b> .....	65
ALVARO BERNALTE BENAZET, MARIA TERESA MIRET GARCÍA, CRISTINA MARIA NAVARRO CARRASCO, SOLEDAD RUIZ MARTEL, MARIA TERESA BERMÚDEZ FERREIRO, MARIA MERCEDES LUPIANI JIMÉNEZ.	
<b>Caracterização da comunicação entre enfermeiros e pacientes de um hospital do Ceará, Brasil</b> .....	87
PATRÍCIA DE LEMOS NEGREIROS, MAYARA DE OLIVEIRA FERNANDES, KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACÊDO-COSTA, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA	
<b>Esclerose Múltipla - conhecer para melhor cuidar</b> .....	95
ZUILA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO, PRISCILA ALENCAR MENDES, LAYANA DE PAULA CAVALCANTE, MARIA GORETTI SOARES MONTEIRO, JACQUELINE DANTAS SAMPAIO, MARIA CORINA AMARAL VIANA	
• <b>MISCELÁNEA</b>	
<b>Biblioteca comentada</b> .....	106
<b>Prensa Tesis M<sup>a</sup> Teresa Pinedo</b> .....	107
<b>Grupo Cultura de los Cuidados</b> .....	108

## 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

## **HISTÓRIA DA ENFERMAGEM NO BRASIL** ***NURSING HISTORY IN BRAZIL*** ***HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN BRASIL***

**Dr. Fernando Porto**

*Vice-diretor da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e pesquisador do Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE)*

A História da Enfermagem no Brasil, considerando os nativos encontrados no país pelos portugueses, em 1500, com sua cultura própria para se cuidarem não deve ser descartada para a construção da trajetória dos cuidados.

Ressalta-se que a trajetória dos cuidados pode evidenciar melhor entendimento do processo saúde-doença que, atualmente, são resgatados por esta área de conhecimento, bem como nos ajuda a entender o desenvolvimento da enfermagem na perspectiva história.

Os desbravadores portugueses, sem detalhar àqueles que invadiram os territórios brasileiros, tentaram ou civilizaram os nativos, por meio dos religiosos e seus descendentes. Durante anos o Brasil foi Colônia de Portugal, e à época, trouxeram seus hábitos, estilos de vida e cuidados aos enfermos prestados no velho mundo.

Nesse período, algumas personagens, em especial, do gênero feminino, destacaram pelo seu altruísmo no cuidar dos necessitados, entre elas: a baiana Francisca de Sande ao cuidar dos acometidos pela febre amarela, à época conhecida como “bicha”, ao transformar uma de suas residências em enfermaria, em 1686; a paulista Felisbina Rosa de Anunciação Fernandes e Silva, durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), em virtude da convocação militar de seu filho, ambos faleceram durante o conflito e Anna Justina Ferreira Nery, que, também, partiu para a Guerra do Paraguai, pelos mesmos motivos de Felisbina Rosa.

Anna Nery, contudo, retornou do conflito e por esse motivo recebeu muitas homenagens no Brasil e foi reconhecida, em 1919, pela Liga das Sociedades da Cruz Vermelha nas Américas, como

a Pioneira da Enfermagem no Brasil e Precursora da Cruz Vermelha nas Américas.

Em 15 de novembro de 1889, o Brasil passa do Regime de Monarquia para República e os cuidados à população eram prestados, nas instituições de saúde e domicílio, por escravos, religiosas e praticantes de enfermagem. Meses após a proclamação da República, em 27 de setembro de 1890, deu-se a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional de Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), marco histórico do início da profissionalização da enfermagem no Brasil.

Dessa forma, da criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Brasil, em 1890, até a implantação da enfermagem moderna no Brasil, em 1922, por meio da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no início da Reforma Sanitária, liderada por Carlos Chagas, nomeada como Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ocorreram várias iniciativas e materializações de escolas e cursos de enfermagem, exemplo disso foi a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira - Órgão Central -, no Rio de Janeiro, em 1916.

Mediante ao exposto pode-se observar que o nascedouro da profissionalização da enfermagem brasileira e a implantação da enfermagem moderna aconteceram no Rio de Janeiro, à época, Distrito Federal. Ademais, em poucas linhas, pode-se observar que a enfermagem no Brasil fará 120 anos, em 2010, ano também que será comemorado



o centenário do passamento de Florence Nightingale.

Na perspectiva da pesquisa em história da enfermagem, esta área de conhecimento vem despertando interesse em enfermeiros, com sua alma de ser historiador, no sentido de remontar e preservar a memória da profissão.

Para tanto, são diversos os esforços neste sentido, entre eles: os eventos da profissão encontram-se, inseridos na temática da história da enfermagem; pesquisadores vêm debruçando-se sobre a massa documental encontrada em bibliotecas, arquivos e acervos públicos e particulares para a produção do conhecimento em artigos, dissertações, teses de doutoramento e relatórios de pesquisa, tendo por objeto estudar às instituições de ensino, hospitais, maternidades, práticas de cuidados e vultos históricos da profissão.

Destarte, ressalta-se que, a temática também é foco central de eventos, tais como: Jornada de História da Enfermagem Brasileira, Colóquio Latino-Americano de História da Enfermagem e Mostra Científica do NUPHEBRAS realizados pelo Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Encontro de Pesquisadores e Professores de História da Enfermagem e Mostra de Trabalhos Científicos de História da Enfermagem pelo Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UNIRIO; Semana Glete de Alcântara pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem, iniciado pelo grupo de Pesquisa de Legislação e História da Enfermagem, mas iti-

nerante pelos países Ibero-Americanos, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Além disso, diversos prêmios são oferecidos nesses eventos, como estratégia de reconhecimento e motivação para àqueles que se dedicam à produção do conhecimento sobre a História da Enfermagem, ainda, nos eventos, são realizadas reuniões de pesquisadores para intercambiar políticas de desenvolvimento nesta área do conhecimento.

È mister ressaltar que, durante o II Simpósio Ibero-Americano (outubro/2009), realizado em Lisboa (Portugal), na reunião dos pesquisadores, foi aprovada a criação da Federação Ibero-americana de História da Enfermagem, que será materializada, por meio de Estatuto, em 2011, em Alicante (Espanha), na terceira edição do evento.

Outro avanço para a história da enfermagem brasileira será a inauguração, em maio de 2010, do Museu Nacional da Enfermagem Anna Nery, em Salvador (Bahia), provavelmente com base em três eixos, a saber: História da Enfermagem Internacional e Nacional, e a trajetória de vida de Anna Justina Ferreira Nery.

A História da Enfermagem, para quem pensa(va) ser coisa do passado, encontra(va)-se equivocada, pois é através desta área do conhecimento que quicá se poderá mensurar qualitativa e/ou quantitativamente o desenvolvimento da profissão.

Isto significa que a área de conhecimento vem avançando e conquistando novos adeptos e reconhecimento social, inclusive proporcionando diálogo interdisciplinar, seja como referência e/ou referenciada, nos estudos acadêmicos para a produção do conhecimento divulgados nos periódicos nacionais e internacionais.



# FENOMENOLOGÍA

## QUERIDA AMIGA BEA

Consuelo Jiménez de Cisneros

### QUERIDA AMIGA BEA

Nunca olvidaré cómo empezó todo. Fue en la fiesta de cumpleaños de Lidia. Cumplía trece años. No sé por qué todas teníamos tantas ganas de cumplir trece años. Es que parece que de los doce a los trece hay una gran diferencia. A los doce todavía eres una cría, pero a los trece... A los trece ya es otra cosa. Yo me acuerdo cuando cumplí los trece. Esa mañana me miré en el espejo y me dije: "Tengo trece años. "Ya" tengo trece años". Consulté el reloj. Sí, ya los tenía, porque había nacido, según mi madre, a las diez de la mañana y eran las diez y cinco minutos.

Llevaba un cuarto de hora mirándome al espejo. No sé si esperaba que, justo al cumplir los trece años, algo cambiara en mi cara, pero nada cambiaba: seguía teniendo la misma nariz, las mismas pecas, el mismo pelo encrespado que no me gusta y que no hay manera de alisarlo... Seguí observándome con ojo crítico: ¿No tendría los labios demasiado finos? ¿Y qué pasaba con mis tetas? ¿Cuándo crecerían de verdad? Claro que yo odiaba los morros y las tetas de esas artistas infladas de silicona. Pero entre un extremo y el otro...

Los cumpleaños siempre hacen pensar. Como guardamos fotos de cada fiesta, podemos ver cuánto crecemos y cambiamos, podemos reírnos de cómo éramos dos o tres años antes, la ropa tan horrible que llevábamos, lo pequeños que estábamos...

Es increíble lo que puede cambiarse en solo dos años, no digamos en tres. De los diez a los trece años... Yo soy la que más me parezco a mi foto de los diez años. Me da rabia, pero es la verdad. "Tienes la misma carita", dice mi madre. ¿La misma que cuando nací? Pues vaya castigo.

Estábamos en la fiesta de cumple de Lidia. Fue cuando Bea empezó a sentirse mal, claro que no le dimos importancia. Oficialmente no había alcohol,

pero uno de los chicos trajo, no sé cómo, una botella de ron que había cogido de su casa y la mezclamos con coca cola y con otros refrescos. La verdad, tampoco podíamos emborracharnos con aquello, porque tocábamos a muy poco... pero estábamos todos tan contentos, y yo creo que haciéndonos aún más contentos o queriendo parecerlo.

Y Bea dijo que se sentía mal, y la sentamos en una silla de mimbre que había a la puerta del garaje.

- *¿Qué te pasa?*

- *Me duele la cabeza...*

Bueno, no es tan raro que a alguien le duela la cabeza en una fiesta. La dejamos allí, tranquila. Y al cabo de un rato volvió a entrar, y bailó y todo, pero luego salió otra vez y se sentó en el sillón y repitió:

- *¡Cómo me duele la cabeza!*

La cosa se habría quedado ahí si no fuera porque el lunes siguiente, en clase, Bea repitió que le dolía la cabeza, que en realidad le dolía todo el cuerpo. La profesora le dijo que si se sentía mal que se fuera a su casa, pero que de ninguna manera podía estar en clase tumbada en la mesa, con la cabeza entre los brazos.

Se lo dijo en un tono bastante serio y Bea se puso a llorar, porque ella es una chica a la que no suelen reñir los profes y no está acostumbrada. Entonces la profesora pareció conmovirse y le repitió que, si se sentía mal, lo mejor que podía hacer era irse a casa. Dejó la clase sola un momento, suficiente para que se armara follón, como pasa siempre. Los típicos gamberros estúpidos que se ponen a hacer burradas en cuanto la profesora da media vuelta. Una cosa es charlar y reírse un poco y otra es coger una mesa y tirarla contra la pared, o

bailar encima de los pedazos de tiza. De verdad, hay gente que creo que no está bien de la cabeza (no me refiero a Bea).

Bien, se fue nuestra profe buscando al profesor de guardia para que acompañara a Bea y le hiciera el consabido papelito que permite salir del recinto (parecemos monos enjaulados) previa llamada telefónica a casa. Bea luego me lo contó todo -ella me lo ha contado todo, y algunas cosas dice que solo me las ha contado a mí-

- *¿Cual es el teléfono de tus padres?*

- *Pero es que mis padres no pueden venir ahora, están trabajando.*

- *Bueno, pues habrá que llamar a uno de ellos, tú no puedes irte sola a casa. Eso no está permitido a no ser que tus padres lo autoricen.*

- *Es mejor llamar a mi abuela -dijo Bea-. Ella está libre y vive aquí cerca.*

Y al cabo de cinco minutos llegaba la abuela de Bea y se la llevaba a su casa.

La abuela fue la primera que se dio cuenta de aquellos dolores de cabeza de Bea no eran normales. Dijo que había que llevarla al médico, Su madre respondió que era una bobada llevar a la niña al médico por un dolor de cabeza. "Pero es que ya lo tiene desde hace días". "Bueno, pues ya se le pasará, para eso están las aspirinas, los paracetamoles, qué sé yo..." La abuela no estaba de acuerdo. "Si tú no tienes tiempo, ya la llevo yo al médico". La madre se enfadó. "¿Quieres decirme que no me sé ocupar de mis hijos? Por la tarde lo único que hago es estar con ellos. Llevar a Rober al fútbol, a Bea al conservatorio, prepararles la cena, ir a las reuniones de padres... Sabes muy bien que soy yo la que hago todo eso. Su padre, se puede decir que solo se ocupa de ellos los fines de semana y gracias. Entre semana, es como si no viviera en casa". "No te echo nada en cara, solo quiero llevar a la niña al médico". insistía tozuda la abuela. Y la llevó.

Pruebas, muchas pruebas... Las pruebas médicas se enredan unas con otra y parece que no acaban nunca. Análisis de sangre y de orina, eso es lo primero; esperar unos días a ver el resultado. Consulta al médico generalista. Luego, éste te manda a un especialista. Y a veces el especialista

no está seguro y te manda a otro especialista distinto.

Bea me lo contaba todo. A mí, porque soy la que tengo más aguante para escuchar. La verdad es que no me molesta escuchar a la gente, al contrario, me gusta. Francina y Lidia se aburrían un poco. No querían estar todo el día hablando de lo mismo. Le mandaban mensajes de ánimo por el móvil y forwards divertidos para que se animara y le hablaban de pelis, de chicos, de las cosas de siempre, que a Bea le interesaban cada vez menos. Claro, no es divertido.

Las primeras veces fuimos todas a verla. Las tres. Bueno, que en total éramos cuatro. Allí nos juntamos las cuatro. Labefrali. Era nuestro nombre secreto, pero un secreto que se había hecho público, porque así nos llamaban en clase -a las cuatro- por lo unidas que estábamos. Siempre nos defendíamos las unas a las otras, incluso aunque no tuviésemos razón.

- *Sois como una secta -decía mi hermano-.*

Suena mal, pero una secta como la nuestra tenía sus ventajas. Nunca estabas sola en el colegio, siempre sabías a quién acudir en caso de apuro, no permitías que nadie te tomara el pelo porque debería vérselas con cuatro o con alguna de las cuatro.

Labefrali. Laura, Bea, Francina, Lidia. Sí. Estábamos todas muy unidas y nunca pensamos que algo así le podía pasar a ua de nosotros. Eso siempre les pasa a otras personas, personas que salen a veces en la tele y la miramos poco porque sentimos algo de miedo. Personas invisibles tras los cristales de los hospitales o de las casas, metidas en habitaciones donde entra poca gente, casi nadie. Y nunca imaginamos que algo así le podía ocurrir a Bea.

Allí estábamos las cuatro en la habitación, una habitación de paredes color verde claro, que empezaban a llenarse de postales, tarjetas, dibujos, chucherías, buenos deseos. Y ella, Bea, todavía animada, animándonos.

Y su abuela estaba allí siempre. Solo salía cuando llegábamos nosotras. Entonces se bajaba a la cafetería y nos advertía:

- *Avisadme cuando os vayáis.*

Tenía allí la abuela, como decíamos en broma, su tienda de campaña. A saber: agua mineral en botella grande, revistas y periódicos variados, una bolsa con ovillos de colores con los que estaba tejiendo gorros para Bea...

También andaba por allí su padre. Su padre, que nunca había tenido tiempo de estar con ella, ahora pasaba allí las horas. Por lo visto, había pedido permiso en su trabajo, un trabajo importante, donde ganaba mucho dinero, y se puede decir que vivía en el hospital. Su madre iba menos. Tenía que cuidar de su hermano pequeño y también debía seguir trabajando. Ella no podía dejar su trabajo así como así. Había cogido unos días al principio, cuando se supo lo que era. Pero luego no había tenido más remedio que volver a casa y al trabajo.

Y su padre nos miraba con una mirada extraña, como si le doliese vernos tan guapas y saludables al lado de su hija, enflaquecida y mustia. Era un hombre extraño, su padre. Hablaba poco, salía al pasillo a fumar a un sitio reservado para fumadores y yo creo que fumaba tanto por los nervios, o por hacer algo cuando se iba fuera de la habitación, pues Bea me decía que en su casa no fumaba casi nunca.

La abuela en cambio parecía mucho más tranquila, y nos miraba casi con los mismos ojos con que miraba a Bea, como si todas fuéramos iguales. O quizá es que a Bea la miraba como nos miraba a nosotras. Ella decía:

*- Si me siento mal, me pongo a hacer alguna cosa que me haga sentir bien. Por ejemplo, tejer...*

Y como por arte de magia, surgían de aquellos manojos de lana colorida gorras diferentes para Bea.

No queríamos pensar en ello, pero lo sabíamos. Sabíamos que se le caería el pelo, ese pelo tan fino, rubio ceniza, tan frágil que parecía mentira que aún no se le hubiera caído. ¿Qué pasaría entonces? Se le verían más los ojos castaños, los pómulos caídos, las mejillas cada día más pálidas.

La abuela decía que el naranja era un color alegre, un color que invitaba a la vida. Por eso aquel gorro que estaba haciendo tenía que ser de color naranja, como las cortinas que apenas tamizaban la luz de la ventana.

Yo nunca pensé que un monstruo llamado enfermedad de Hokins acabaría con Labefrali. Nos quedamos solas la primera parte: Labe. O sea, Bea y yo. Y ahora estoy aquí, con ella, descubriendo que me gusta acompañarla, que no lo hago por compasión ni por obligación, que Bea sigue siendo Bea aunque no tenga pelo, aunque cada vez hable más despacio.

No tengas miedo. Pase lo que pase, estaré contigo hasta el final, querida amiga Bea...



# HISTORIA

## HISTORIA DE LA PRENSA PROFESIONAL DE LOS MINISTRANTES Y PRACTICANTES EN ESPAÑA EN EL SIGLO XIX

Raúl Expósito González

*DUE. Hospital General de Ciudad Real*

### HISTÓRIA DA IMPRENSA PROFISSIONAL DOS MINISTRANTES E PRACTICANTES NA ESPANHA NO SÉCULO XIX

#### RESUMO

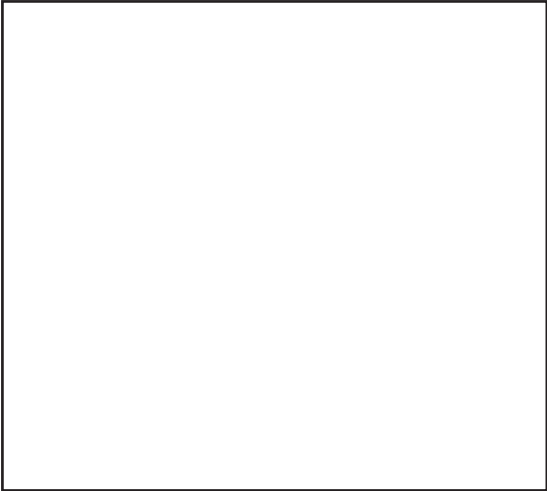
A imprensa dos ministrantes e praticantes na Espanha supõe uma grande fonte de informação para recuperar o passado destas profissões auxiliares de saúde. Outros investigadores têm estudado esta temática, mas se centram em aspectos específicos que obedecem mais ao estudo da imprensa de âmbito local e/ou regional do século XX. O presente artigo, entretanto, discorrerá, de uma maneira mais geral, sobre a imprensa espanhola do século XIX, e a sua relação com os ministrantes e os praticantes, embora este seja uma temática que mereça ser tratada com mais aprofundamento ou cuidado.

**Palabras-chave:** Ministrantes, praticantes, Imprensa sanitária.

#### RESUMEN

La prensa de los ministrantes y practicantes en España supone una gran fuente de información para recuperar el pasado de estas profesiones auxiliares sanitarias.

Otros investigadores han abordado este tema pero centrándose en aspectos concretos que obedecen más al estudio de la prensa de ámbito local y/o regional del siglo XX por lo que con este artículo hablaremos de forma general sobre la prensa española decimonónica de los ministrantes y los practicantes, aunque este es un tema que merece ser tratado con más detenimiento.



### THE PROFESSIONAL PRESS HISTORY OF “MINISTRANTES” AND “PRACTICANTES” IN NINETEENTH CENTURY IN SPAIN

#### ABSTRACT

The newspapers from the ministrantes and practicantes in Spain supposes a great source of information to recover the past of these health auxiliary profession.

Another researchers have faced this problem focusing on concrete aspects which mainly obey to the local and/or regional press of the XX century, so in this article we will talk in general about the Spanish press of the nineteenth century of the ministrantes and practicantes. This subject deserved to be treated in more detail.

**Key-words:** Ministrantes, Practicantes, Health Press.

**Palabras Clave:** Ministrantes, Practicantes, Prensa sanitaria.

## I. MINISTRANTES Y PRACTICANTES EN LA PRENSA MÉDICA DEL SIGLO XIX

Aunque en este trabajo nos centraremos en la prensa del siglo XIX de los ministrantes y practicantes, no hemos de olvidar que las páginas de los boletines de las distintas ramas sanitarias también se hacían eco de los asuntos referentes a la clase cuando estos no contaban todavía con sus propios órganos de expresión.

Los periódicos y revistas de Medicina y Cirugía del siglo XIX - algunos de los cuales añadían a sus denominaciones el apellido o coletilla “y de Ciencias Auxiliares” - también insertaban anuncios y noticias relevantes para las llamadas clases auxiliares médico-quirúrgicas como el mítico periódico madrileño *El Siglo Médico*, pero no sería el único pues en 1854 en *El Albéitar* de Barcelona se proponían los ministrantes de esta ciudad dar una hoja suelta en cada número para hacer la defensa de una abandonada clase. Otros periódicos con los que contaron los ministrantes y practicantes para tales fines fueron *La Abeja Médica* de Barcelona y *La Correspondencia Médica* de Madrid. Éste último estaba dedicado a los médicos, cirujanos, farmacéuticos, ministrantes y veterinarios de España.

Desde 1846 año en que se crea la Cirugía Menor o Ministrante hasta 1857 en que se suprime esta enseñanza para dar paso a la de Practicante transcurren una serie de años y es bien entrada la segunda mitad del siglo XIX cuando aparecen en España los primeros rotativos por y para los practicantes y los ministrantes a extinguir.

## II. RELACIÓN DE PERIÓDICOS

Para la elaboración de este estudio hemos realizado un índice con diversos periódicos, algunos de los cuales se han conservado hasta nuestros días y son de acceso público en bibliotecas. De otros tantos sabemos que existieron a partir de referencias extraídas de los distintos compendios bibliográficos y de otras obras.

Los periódicos aparecen citados por orden cronológico siendo en algunos casos exacto mientras

que en otros es más o menos aproximado teniendo en cuenta las fuentes utilizadas.

### La Voz de los Ministrantes (1864) [1]

Primer periódico dedicado exclusivamente a la instrucción y defensa de la clase de ministrantes y practicantes tal y como rezaba en el encabezado y que vio la luz por vez primera en Madrid el viernes 15 de enero de 1864 haciendo su última aparición en la prensa el 30 de junio de 1867.

Se publicaron un total de 114 números: inicialmente dos periódicos al mes los días 15 y último y; partir del año 1865 tres números que aparecían los días 10, 20 y último de mes. Consta cada número de ocho páginas con el texto a dos columnas y se dividía en tres secciones: Profesional, Científica y Varia.

Periódico hecho por y para la clase, su Director fue don Salvador Villanueva, ministrante que ejercía el Arte del Dentista en su gabinete de la Calle Gorguera de Madrid realizando todas las operaciones inherentes a su profesión incluida la llamada prothesis dentaria, y que dedicaba una hora a “operar” gratuitamente a los pobres salvo días festivos. Demostró ser hombre de una cierta cultura no sólo por sus brillantes artículos insertos en estos boletines sino porque en 1866 fue coautor del libro *Guía del Cirujano Menor* con un apéndice sobre el Arte del Dentista junto a un gran defensor de la clase y socio de mérito del Colegio de Ministrantes y Practicantes de Sevilla, el Doctor en Medicina y Cirugía don José López de la Vega.

Como Administrador del boletín figuraba Jorge Mariscal; como Secretario de Redacción Gerónimo Balaguer; como redactores en el primer número de este periódico Policarpo Martínez (Zaragoza), Manuel Collado (Aranda de Duero, Burgos), Félix Hernán y Francisco Campos; y como Editor responsable Joaquín Girona.

Admitía como colaboradores a todos los ministrantes y practicantes y ya desde su segundo número contaba además de con los corresponsales de Zaragoza y de Aranda de Duero, con los de Barcelona, Teruel, San Felipe de Játiva y Villareal (Castellón).

Existían puntos de suscripción en Madrid, en el domicilio del Administrador en la Calle Atocha, en provincias Zaragoza y Aranda de Duero y en las



demás capitales de partidos judiciales. La suscripción costaba 8 reales por trimestre en toda España.

De un valor incalculable es esta serie de periódicos del siglo XIX que se ha conservado casi en su totalidad y en la que nos detendremos por ser el Decano de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes españoles.

A través de sus páginas, *La Voz de los Ministrantes* nos acerca a la realidad que vivieron aquellos protagonistas que ya desde la cuna veían incierto su futuro sobre todo con el arreglo de los partidos médicos siendo olvidados por completo en la Ley de Sanidad de 1855.

Este periódico apareció en una época muy crítica por los problemas que los practicantes y sus predecesores los ministrantes venían arrastrando desde hacía años. A grandes rasgos, recordemos que en 1843 se unificaron los estudios de Medicina y Cirugía. Esta coyuntura junto al Plan General de Estudios de 1845 fueron aprovechados posteriormente y durante años por las distintas clases de Cirujanos que pretendían acceder a una titulación superior, la de Médico-Cirujano, es decir, buscaban una nivelación. Por medio del citado plan de estudios nació la figura del Cirujano menor o Ministrante, rama subalterna de la Cirugía e injustamente tratada por la clase médica que argumentaba que con su creación se complicaría aún más el entramado de las profesiones sanitarias existente en aquellos días y cuyas atribuciones y competencias pronto entrarían en conflicto con las de los Cirujanos de Tercera Clase. Duramente criticados y repudiados fueron los ministrantes, y sus sucesores los practicantes no corrieron mejor suerte. Fueron herederos de estos males hasta el punto que en 1862 llevó a los Cirujanos de Tercera Clase a apelar a las Cortes exponiendo los prejuicios que les causaba la creación de los practicantes.

Ante esta guerra con los cirujanos que les hacía sentirse como intrusos a pesar de que el título de practicante lo era con carácter oficial, colocó a los practicantes cansados de esta situación en el extremo de pedir su desaparición para integrar una nueva clase de cirujanos que les dotaría de mayores conocimientos científicos según podemos extraer de *La Voz de los Ministrantes* haciendo suya esta propaganda desde que comenzara a publicarse, dedicando ríos de tinta a un asunto tan

serio y de vital trascendencia para el porvenir de la clase. La propuesta fue presentada al Congreso en 1866 por los señores diputados Martín de Herrera y Ortiz de Zárate que encontraron una fuerte oposición en el escaño de Méndez Álvaro y en las filas de *El Siglo Médico*.

Don Manuel Orovio, Ministro de Fomento promulgaba el 7 de noviembre de aquel año, un Real Decreto por el cual se creaba la figura del Facultativo de Segunda Clase y suprimía la enseñanza de practicante circunstancia que favoreció el optimismo del colectivo pues esta disposición anunciaba que por medio de un reglamento se determinarían los estudios y exámenes necesarios para que las distintas clases de cirujanos cambiaran su título por el recién creado, creyendo que sería extensible a ministrantes y practicantes. El 20 de febrero de 1867, nuevamente Orovio, da luz verde al citado reglamento que permitiría a los ministrantes y practicantes aspirar al título de Facultativo de Segunda Clase, acontecimiento que tuvo gran acogida por significar todo un logro, a pesar de que poco tiempo después sería restablecida la carrera de practicante.

Éste es, a grosso modo, el contexto histórico en el que se enmarca la breve pero incesante vida que tuvo *La Voz de los Ministrantes* alcanzando en 1867 con este reglamento la cota más alta a la que podían aspirar los ministrantes y los practicantes españoles.

Otro de los aspectos que resaltan de este periódico es su espíritu corporativista en los albores del asociacionismo no ya sólo de los ministrantes y practicantes sino también del resto de clases sanitarias. En Madrid parece ser que existía una Sociedad de Socorros Mutuos de Ministrantes - aunque en sus Estatutos no aparece, en su denominación, lo de "Socorros Mutuos" - cuyo Reglamento manuscrito tiene fecha de 17 de diciembre de 1862 y está rubricado entre otros por el señor Salvador Villanueva, a la sazón Director de *La Voz de los Ministrantes* que en agosto de 1864 también figuraba como Presidente de la Junta Directiva de esta Sociedad General de Ministrantes que celebraba sus reuniones en los Salones de Capellanes en Madrid.

Dos años más tarde, en 1864 y tomando el ejemplo de los compañeros de Madrid, en Sevilla



se estableció un Colegio de Ministrantes y Practicantes siendo su Presidente don Antonio Díaz y su Secretario don José María Baca. Los Estatutos de este Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla datan del 17 de julio de 1864 y fueron aprobados el 27 de septiembre de 1864 pasando a ser La Voz de los Ministrantes su órgano oficial a partir del boletín número 29 correspondiente al 20 de febrero de 1865 y hasta finales de ese mismo año. Pero no solamente era noticia en Sevilla la creación de un Colegio de Practicantes, pues un año después en 1865 aparecería en la misma ciudad un Colegio de Dentistas cuyo Reglamento orgánico de 1 de diciembre de 1864 fue autorizado por el Gobernador de la provincia de Sevilla el 2 de enero de 1865. Este hecho nos llama la atención por la distinción que existía entre un Colegio para Sangradores y Practicantes y otro para Dentistas que se establecen en la misma ciudad y en tan breve espacio de tiempo, sobre todo teniendo en cuenta que para la realización de tareas como la limpieza de la dentadura y la extracción de piezas dentarias fueron autorizados los cirujanos menores o ministrantes y los practicantes no existiendo aún el título de Cirujano-dentista, pudiendo tratarse estos dos colegios de una misma sociedad.

La Voz de los Ministrantes mantuvo una estrecha relación con el oficio dental. Su Director, Salvador Villanueva era socio del Colegio de Dentistas de Sevilla y en las páginas de su periódico se llegaron a publicar numerosos artículos científicos sobre temas odontológicos. Como mayor muestra de este vínculo es que también acabaría convirtiéndose en el órgano oficial del Colegio de Dentistas de la Provincia de Sevilla a partir del número 63 del mes de enero de 1866 hasta la desaparición del periódico en junio de 1867 que lo haría por la falta de fondos.

### **El Genuino (1865)**

Como acabamos de ver en 1864 se estableció en Sevilla un Colegio de Sangradores y Practicantes con el objetivo principal de defender los intereses de la clase que acababa de sufrir un serio revés al ser ocupadas - con beneplácito incluido de la administración - por intrusos las cuatro plazas de practicantes de las dos Casas de

Socorro que se acababan de instalar en la ciudad hispalense.

Al igual que ya hiciera su homónimo en Madrid, este colegio empezó a publicar en mayo de 1865 el Boletín del Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla, bajo el nombre de El Genuino y con la dirección del Presidente del colegio don Antonio Díaz que abandonaba su cargo de corresponsal en La Voz de los Ministrantes.

Aparecía dos veces al mes, los días 1 y 15 y cada número constaba de ocho páginas y texto a dos columnas.

De este periódico que en febrero de 1867 suspendía su publicación no se han encontrado ejemplares y parece ser que terminó al extinguirse el Colegio de Sangradores del que era órgano (Chaves, 1995).

### **El Cirujano Menor (1872)**

Periódico madrileño de ministrantes y practicantes cuya publicación comenzó en noviembre de 1872 (Méndez, 1978) aunque otros autores señalan que se publicaba desde 1860 (Martínez, 1911). Su Director fue don Joaquín Estevez. Cada número constaba de ocho páginas con texto a dos columnas y se publicaba tres veces al mes. Al finalizar el año 1872 desapareció y en enero de 1873 le sucedió El Cirujano siendo su Administrador don Gerónimo Balaguer, el otrora Secretario de Redacción de La Voz de los Ministrantes. No obstante, este boletín también tuvo una vida muy corta.

### **La Cirugía Menor (¿1883-1904?)**

Sobre la existencia de esta revista barcelonesa hay datos que nos indican que su aparición tuvo lugar entre 1883 y 1900 (Calbet, 1967). Sin embargo, hay quienes señalan que hizo su incursión en el mundo de la prensa sanitaria en pleno siglo XX, concretamente en 1903 (De Larra, 1905) pero también en 1904 (Martínez, 1911).

Desconocemos si don Manuel Montaner y Gimeno fue su primer Director ya que así figuraba como tal en 1903. El Secretario de Redacción en 1904 era don José Cirach y Mulet, anteriormente redactor de La Lanceta y al igual que muchos practicantes de la época que se dedicaban a la odontología aprobó los exámenes de reválida de Cirujano-dentista en 1893.

**La Lanceta (1883) [2]**

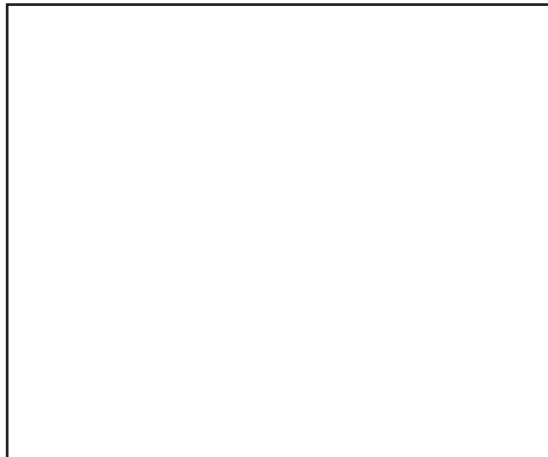
A la hora de hablar de los pioneros en el asociacionismo de ministrantes y practicantes los investigadores siempre han tomado dos referencias, la Sociedad General de Ministrantes de Madrid y el Colegio de Sangradores y Practicantes de Sevilla surgidos en los primeros años de 1860. Sin embargo, no debemos olvidar que Cataluña también lo fue, ya que en la Ciudad Condal funcionaba una sociedad bajo la denominación de La Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona. No podemos cifrar el origen exacto de su fundación que tuvo que ser muy próxima al mes de mayo de 1866, fecha de la que datan sus Estatutos. Otros autores creen que pudo aparecer a partir de 1859 e incluso ser anterior a las mencionadas sociedades o colegios de Madrid y Sevilla.

Esta Unión, tenía por objeto perseguir en todos los terrenos la intrusión en la profesión de cirugía y defender los derechos profesionales de la misma, pudiendo formar parte de ella todos los Cirujanos, Ministrantes y Practicantes residentes en Barcelona.

Pasaron una serie de años desde la constitución de esta sociedad hasta que se concedió autorización a favor de don Pedro Caralt para que empezara a publicarse el periódico La Lanceta órgano oficial de La Unión de Cirujanos, ministrantes y practicantes de Barcelona, saliendo a la luz el primer número el día 15 de noviembre de 1883. El Propietario don Pedro Manaut y Taberner comenzó siendo el Director Científico del periódico sustituyéndole después don Jaime Vilar y Colom. El Redactor-jefe en 1887 era el practicante don Pedro Maza y Fiestas secundado por el también practicante don Juan Lloveras y Marimón y otros redactores.

Este periódico en un principio saldría una vez al mes pero partir de agosto de 1884 pasaría a ser quincenal publicándose los días 15 y 30, siguiendo el mismo formato que los periódicos de aquella época con ocho páginas y texto a dos columnas.

La cuestión de la asociación y colegiación siempre estuvo presente en la mente de la clase que luchaba por su reconocimiento profesional, apareciendo así las primeras asociaciones de practicantes en varias ciudades españolas como Madrid, Sevilla, Barcelona y Zaragoza. Precisamente el 2 diciembre de 1884 se constituye la Junta



Provincial de Practicantes en la invicta ciudad de Zaragoza tras ser elegidos los miembros integrantes de la Comisión Gestora de la Asociación General de Practicantes de España, llegándose a editar una circular con el Reglamento de dicha Asociación que es enviada a todos los practicantes españoles teniendo gran acogida formándose las primeras Juntas de practicantes en distintas provincias y partidos.

La Comisión Gestora de esta Asociación presidida por don Apolonio Elorz tenía como fin estimular la creación de Asociaciones de Practicantes en todas las provincias del país que funcionarían de forma autónoma pero en armonía con la central. La labor impulsora y de organización de la Comisión Gestora concluiría cuando se convocase un Congreso en el que se nombraría la Junta Suprema de la Asociación y se designaría su punto de residencia (Herrera, 1995a).

En la vecina Barcelona se hicieron eco de la idea de sus hermanos zaragozanos y La Lanceta convocaría a todos los practicantes de la provincia a una reunión el día 12 de enero de 1885 para tratar el asunto de la asociación de todos los practicantes de España y de la que saldría elegida la Junta provincial de practicantes de Barcelona.

Un acontecimiento importante para los ministrantes y practicantes fue la celebración en Barcelona - a propuesta del doctor don Pedro Manaut y Taberner, Presidente honorario de La Unión de Cirujanos, ministrantes y practicantes de Barcelona - del ansiado Congreso Español de Cirujanos, Ministrantes, Practicantes y Cirujanos-

dentistas que en un principio iba a tener lugar los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1884 y que a consecuencia de la epidemia de cólera que azotó a toda Europa fue aplazado celebrándose finalmente los días 7, 8 y 9 de abril de 1885. Actuaron como Secretarios de la Mesa los practicantes don Pedro Maza y don Sebastián Bonastre, redactores de La Lanceta. A dicho Congreso concurrieron 140 asistentes y se tomaron, entre otros, los acuerdos de pedir al Gobierno la refundición de las tres carreras de practicantes de la Armada, cirujanos, dentistas y ministrantes, ampliando los estudios para constituir una profesión análoga a la de los antiguos cirujanos, así como que obligase a los Ayuntamientos a crear plazas titulares de cirujanos. También se acordó nombrar un Comité Central de la clase de practicantes, que residiría en Madrid, y una Comisión encargada de indicar el candidato que se ha de presentar a recibir los votos de esa clase para Diputado por acumulación.

Al final de su etapa La Lanceta sería al mismo tiempo el órgano oficial del Círculo Odontológico de Cataluña figurando practicantes y odontólogos entre sus redactores, y acabaría desapareciendo en el año 1888.

### **El Practicante (1884) [3]**

Comenzó su andadura en Zaragoza el 1 de agosto de 1884 y su Director fue el médico don José Ordaz Rubio. Se publicaba tres veces al mes, los días 1, 10 y 20.

Como hemos podido ver, en diciembre de 1884 surge en Zaragoza la idea de crear la Asociación General de Practicantes de España y sería este periódico, El Practicante el medio de propaganda que utilizaría la Comisión Gestora de dicha Asociación para difundir sus ideales de unión de toda la clase de practicantes acudiendo don Laureano García Molino en representación del boletín al Congreso de Barcelona de 1885.

El Practicante dejó de publicarse a finales de julio de 1887.

### **La Voz de los Practicantes (1884)**

Contrariamente a lo que dijimos con la publicación de un artículo sobre esta temática de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX, La Voz de los

Practicantes no hizo su aparición en 1865 como algunos autores señalan (Martínez, 1911), sino que lo hizo en enero de 1884 en la localidad castellanense de Morella y no en la tarraconense de Mora de Ebro. A tenor de estos hechos ponemos en duda la existencia de otro periódico de nombre similar, La Voz del Practicante, del que también dimos cuenta erróneamente en el citado artículo.

Sobre La Voz de los Practicantes no podemos precisar más datos salvo la corrección que al respecto de él hemos hecho.

### **El Defensor del Practicante (1885)**

El primer número de este periódico madrileño vio la luz el 8 de enero de 1885 (Blasco, 1993) y fue dirigida por el practicante don Miguel G. Ramos. Incluía una sección dirigida por el médico don José Martínez Sánchez bajo el rótulo de Dentística (Sanz, 1999) y se publicaba dos veces al mes en cuaderno de 8 ó 16 páginas al módico precio de 5 pesetas anuales.

De lo poco que hemos podido rescatar de este boletín, sabemos que mantuvo un enfrentamiento dialéctico con su colega El Practicante de Zaragoza y que fue crítico con la Asociación General de Practicantes de España porque esta tuvo su principio y desarrollo en Zaragoza y no en la Corte (Herrera, 1995a). En este sentido, Miguel Ramos Director de El Defensor actuó como uno de los Vicepresidentes del Congreso de practicantes de Barcelona en 1885 y el día 9 de abril en la tercera de las sesiones presentó su proposición cuyo primer punto giraba alrededor de la creación de un Comité Central con residencia en Madrid que se ocuparía de la asociación de todos los practicantes de España. Esta proposición fue aprobada por unanimidad y meses después el día 1 de junio de 1885 se redactaba el proyecto de Estatutos de la Liga de Practicantes de España cuya Junta directiva residiría en Madrid con el nombre de Comité Central y conforme a lo aprobado en el Congreso de abril de 1885.

El Defensor del Practicante desapareció del mundo de la prensa sanitaria a finales de 1886.

El Eco del Practicante (1888)

Los datos obtenidos indican que se publicaba en La Coruña y que su Director y propietario era el practicante municipal de aquella localidad don

Diego Pazo Cando, antiguo corresponsal del El Practicante zaragozano, aunque hay referencias de que en 1889 su Director era don José Ordaz Rubio, quien anteriormente lo había sido precisamente de este periódico aragonés, y que una vez desaparecido, sería El Eco del Practicante el Boletín Oficial de la Asociación General de Practicantes de España y del que no podemos precisar si tuvo una tirada amplia.

#### **El Fígaro Moderno (1897) [4]**

Empezó a publicarse en Madrid el 21 de julio de 1897 y tenía carácter semanal.

Su propietario y Director fue el periodista don Santiago Puig de Guera y según se puede leer en el encabezado este periódico era el Órgano de la Peluquería, Cirugía Menor, Artes e Industrias similares.

Los practicantes españoles de finales de siglo concentraban sus demandas en aspectos fundamentales como la persecución del intrusismo y la ampliación de sus estudios que en definitiva suponían el merecido reconocimiento profesional.

En junio de 1891 aparece el Reglamento para el Servicio Benéfico Sanitario de los Pueblos que en su artículo 8º decía que los Ayuntamientos debían sostener practicantes y ministrantes que desempeñasen el servicio municipal de Cirugía Menor. Sin embargo, la realidad era bien distinta, pues la mayor parte de los Ayuntamientos prescindían de los servicios sanitarios de estos profesionales.

Imaginamos que por esta y otras razones surgiría nuevamente en Madrid una Junta organizadora de Practicantes tras una reunión celebrada el día 7 de enero de 1898 y en la que se redactaría un escrito con las proposiciones presentadas por la comisión y que en su base tercera referente a la ampliación de la carrera de practicante solicitaba un examen de ingreso y una duración de los estudios de tres años.

Justo un año más tarde, el 20 de enero de 1899 se volvían a reunir a los practicantes madrileños con el fin de establecer una Junta para la defensa de los practicantes que acabaría fusionándose con la Junta gestora organizadora, adoptando por unanimidad el nombre de Junta organizadora y de defensa de los Practicantes españoles siendo don Salvador Costa Martínez el Presidente de esta

Junta Central de Practicantes Españoles y El Fígaro Moderno su órgano oficial que pudo cesar su publicación al acabar el año 1899.

#### **El Practicante Español (1899) [5]**

Este periódico vio la luz por vez primera el 11 de mayo de 1899 en el municipio soriano de Arévalo de la Sierra. Su Fundador fue el practicante don Federico Oñate López que además sería Director junto al también practicante don Pedro Díaz Domínguez.

El Practicante Español, órgano defensor de la clase de practicantes, irrumpió con fuerza en el mundo de la prensa sanitaria. Por aquel entonces se publicaba en Madrid El Fígaro Moderno al que la dirección y redacción de El Practicante Español miraban con cierto recelo pues no consideraban conveniente que un periódico que era la voz del gremio de los barberos y peluqueros se proclamara a la vez órgano oficial de la clase de practicantes queriendo hacer patente la separación entre estos oficios, tanto es así, que en agosto de 1899 los señores Oñate y Díaz Domínguez enviaron a la Dirección de El Fígaro un documento con las condiciones para la fusión de ambos periódicos en un sólo, de tal forma que el periódico resultante adoptase el nombre de uno de ellos, El Fígaro Moderno o El Practicante Español. Esta proposición no tuvo aceptación por parte del señor Puig manteniendo desde entonces ambos boletines un enfrentamiento que supuso el inicio por parte de El Practicante Español de una campaña por todas las provincias españolas para lograr la unión de toda la clase, actuando de esta forma frente a lo que ellos consideraban la incapacidad de la Junta Central de Madrid para organizar y defender a la clase de practicantes.

La publicación de El Practicante Español se trasladó a Madrid donde la Asamblea de Practicantes de España tenía su domicilio y de la que Federico Oñate en 1902 era su Presidente. Las rencillas del pasado mantenidas incluso con algunos practicantes de Madrid como el ilustre Salvador Costa le pasaron factura a este boletín. En mayo de 1903 con motivo de la celebración de la I Asamblea de Practicantes de España convocada por el Colegio Provincial de Practicantes de Madrid - que cambió su denominación por la de

Asociación General de Practicantes de España - se acordó desautorizar a El Practicante Español como el órgano de la clase de practicantes ostentando este privilegio el madrileño El Practicante Moderno, órgano de esta Asociación General de Practicantes de España y que apareció por primera vez el 1 de octubre de 1903. Este hecho no mermaría en la publicación de El Practicante Español que se mantendría algunos años más hasta desaparecer finalmente en 1909.

### III. CONCLUSIONES

Los ministrantes y practicantes dieron origen a estos periódicos para hacer oír su voz acercándose de primera mano y con un estilo muy directo a todo cuanto les aconteció durante la segunda mitad del siglo XIX. Sus crónicas fidedignas nos permiten recuperar acontecimientos históricos de vital importancia, tales como la aparición de los primeros colegios profesionales y los intentos que se produjeron desde diversos puntos de España como Zaragoza primero, y Madrid después, para la creación de una asociación de practicantes a nivel nacional y conseguir así la unión de toda la clase que estaba sumergida en el pozo de su propia indiferencia y en el abandono por parte de los poderes públicos. El pugilato que mantendrán ambas capitales, Zaragoza y Madrid por imponer su propio formato de Asociación Nacional de Practicantes les llevará a una constante lucha y enfrentamiento que se trasladará a los periódicos órganos de expresión de estas asociaciones tal y como narran las crónicas que en ellos podemos leer y cuyas disputas alcanzarán incluso a la primera reunión a nivel nacional que hubo de practicantes como fue el congreso de Barcelona de 1885.

De forma más o menos precisa con este trabajo hemos intentado esclarecer los orígenes de la prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX encontrando signos de la existencia de al menos de 12 periódicos que fueron publicados entre 1864 y 1899 y que de esta manera rescatamos, aunque la mayoría de ellos no se han conservado a día de hoy en bibliotecas públicas españolas, pudiendo acceder tan sólo a una parte mínima del resto de obras con la excepción hecha sobre La Voz de los Ministrantes que se encuentra íntegro prácticamente.

Por lo tanto, concluimos apostando por la localización de las series completas de estos periódicos, así como de otros que aquí no hemos mencionado por desconocimiento de su existencia, y que permitirán completar aquellos años en los que existe un vacío de información y dar así respuesta a ciertos interrogantes que existen sobre el pasado de nuestra profesión.

### BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín Teulón, A. (1973): La Titulación Médica en España durante el Siglo XIX. Separata de los Cuadernos de Historia de la Medicina Española XII.
- Amezcua, M.; Germán, C.; Heierle, C.; Del Pozo M. C. (1994): Sanidad y colectividad sanitaria en Almería. El Colegio de Practicantes 1885-1945. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Almería, Granada.
- Asamblea de Practicantes de España (1902): A. S. M. el Rey D. Alfonso XIII Con motivo de su Jura y Proclamación. 17 de Mayo de 1902. Tip. de Luis Montero, Madrid.
- Blasco Ordóñez, C. (1993): La incorporación de practicantes y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). Normativas y funciones. Index de Enfermería 4-5, 10.
- Calbet Camarasa, J. M. (1967): Prensa médica en Cataluña (hasta 1900). Tesis doctoral (inérita). Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Ejemplar mecanografiado.
- Carbó Lomba, J. (2006): Historia del Practicante en Medicina y Cirugía. Copicentro, Santander.
- Chaves Rey, M. (1995): Historia y bibliografía de la prensa sevillana. Ayuntamiento de Sevilla. Servicio de Publicaciones, Sevilla.
- Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid (2007): Breve Historia de la Enfermería. Orígenes del Colegio de Madrid. Tribuna Sanitaria 207, 20.
- De Haro Guijarro, J. A. (1903): Memoria de la Asamblea de Practicantes de España Verificada en el Colegio de Médicos de esta Corte en los días 11, 12, 13 y 14 de Mayo de 1903. A. Alonso. Impresor, Madrid.
- De Larra y Cerezo, A. (1905): Historia resumida del periodismo médico en España. La Medicina Militar Española. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid.
- Expósito González, R. (2009): Apuntes históricos sobre el origen del Colegio de Enfermería de Ciudad Real. El Colegio Provincial de Practicantes. Enfermería de Ciudad Real. Revista del Ilustre Colegio de Enfermería de Ciudad Real 52, 27-32.
- Expósito González, R. (2009): La prensa profesional de los ministrantes y practicantes en España en el siglo XIX. Enfermería de Ciudad Real. Revista del Ilustre Colegio de Enfermería de Ciudad Real 54, 30-33.
- Gallardo Moraleda, C.; Gil-Martín Yuste, A.; Jaldón García, E. (1992): Crónica para la historia de la prensa profesional de Enfermería en España (1900-1929). Hygia 21, 30-34.
- Gallardo Moraleda, C.; Gil-Martín Yuste, A.; Jaldón García, E. (1992): Historia de la prensa de Enfermería en Sevilla. Hygia 22, 19-23.
- García Martínez, A. C.; García Martínez, M. J.; Valle Racero, J. I. (1994): Fechas claves de la Enfermería. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1, 66.



- González Iglesias, J. (1994): Historia de la Odontostomatología Española. Ediciones Avances Médico-Dentales, S. L., Madrid.
- Herrera Rodríguez, F. (1995a): Un periódico aragonés: El Practicante (1885). Híades. Revista de Historia de la Enfermería 2, 153-167.
- Herrera Rodríguez, F. (1995b): Una revista profesional: El Practicante Gaditano (1916-1939). En Libro de Actas de la I Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería Española (Hernández, F. ed.), Universidad Complutense de Madrid. Madrid pp. 57-68.
- Herrera Rodríguez, F.; Lasarte Calderay, J. E. (1996): La prensa andaluza de los practicantes y matronas (1916-1939). En Libro de Ponencias y Comunicaciones del I Congreso Nacional de Historia de la Enfermería (Hernández, F. ed.), Fundación Uriach 1838. Barcelona pp. 169-174.
- Lasarte Calderay, J. E. (1995): La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939). Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz. Microfichas.
- López Piñero, J. M.; Terrada, M. L. (1990): Bibliographia médica hispánica, 1475-1950. Volumen VIII: Revistas, 1736-1950. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC, Valencia.
- Martínez Sánchez, J. (1887): Arte del Dentista. José Serra, Editor. Imprenta de Juan Tarral y Compañía, Barcelona.
- Martínez Sánchez, J. (1911): Bibliografía de la Odontología Española. Índice para formar un catálogo razonado, de las obras impresas en castellano que tratan sobre el Arte del Dentista. Imprenta de La Odontología, Madrid.
- Méndez Álvaro, F. (1866): Defensa de la Clase Médica contra las pretensiones de Cirujanos y Practicantes. Establecimiento

- Tipográfico de T. Fortanet, Madrid.
- Méndez Álvaro, F. (1978): Historia del periodismo médico y farmacéutico en España. Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Ossorio Bernard, M. (1903): Ensayo de un Catálogo de Periodistas Españoles del siglo XIX. Imprenta y Litografía de J. Palacios, Madrid.
- Sanz Serrulla, J. (1999): Historia General de la Odontología Española. Masson, S. A., Barcelona.
- Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona (1866): Estatutos. Imprenta de Magriñá y Subirana, Barcelona.
- Ustrell Torrent, J. M. (1997): Història de l'odontologia. Edicions de la Universitat de Barcelona, Barcelona.

**FUENTES:**

- "El Imparcial": XXXVII (1903), 12970, p. 4.
- "El Practicante": II (1885), 27, p. 210-212.
- "El Practicante": II (1885), 34, pp. 266-268.
- "El Practicante Español": I (1899), 1, p. 2.
- "El Siglo Médico": XXXI (1884), 1603, p. 592.
- "El Siglo Médico": XXXI (1884), 1605, p. 623.
- "El Siglo Médico": XXXII (1885), 1637, p. 304.
- "Enciclopedia Médico-Farmacéutica": VIII (1884), 34, p. 532.
- "La Vanguardia": III (1883), 517, p. 7285.
- "La Vanguardia": III (1883), 537, p. 7559.
- "La Vanguardia": V (1885), 15, p. 218.
- "La Vanguardia": XIII (1893), 3754, p. 3.
- "La Vanguardia": XXIII (1903), 8882, p. 3.
- "La Voz de los Ministrantes": I (1864), 10, pp. 73-74.
- "La Voz de los Ministrantes": I (1864), 16, pp. 121 y 127.
- "La Voz de los Ministrantes": I (1864), 21, pp. 167-168.



Fig. 1. Primera página del número 1 de La Voz de los Ministrantes (1864).



Fig. 2. Primera página del número 68 de La Lanceta (1887).

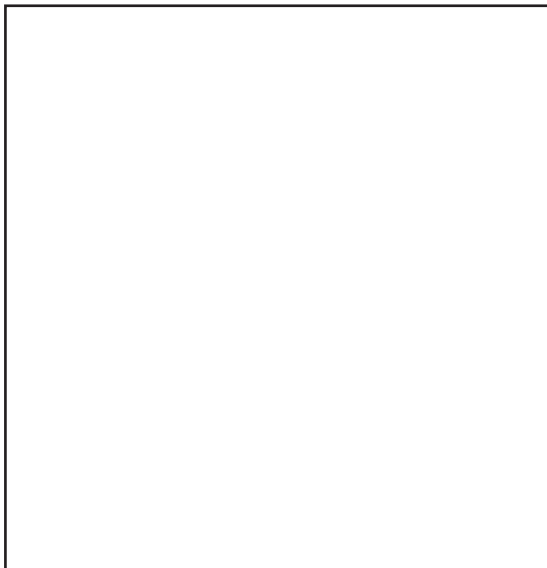




# LA ENFERMERÍA EN LA CORTE REAL ENTRE LA EDAD MEDIA Y LA EDAD MODERNA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA CORTE DE ENRIQUE IV E ISABEL DE VALOIS

Crespo Muñoz FJ<sup>1</sup>, Luque Sánchez E<sup>2</sup>, Cañadas de la Fuente GA<sup>3</sup>, González García A<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Licenciado en Historia. Archivo General de Simancas. <sup>2</sup> Licenciada en Historia. Archivo General de Simancas. <sup>3</sup> Licenciado en Antropología Social y Cultural. Universidad de Granada. <sup>4</sup> Licenciado en Antropología Social y Cultural. H.U. Virgen de las Nieves.



There, we could find information about the services provided to Enrique IV and Isabel of Valois during their respective reigns, among other monarchs.

Once we had the information analyzed we could confirm the objectivity of a methodical work when it came to provide the care needed, as well as the application of treatments by the health workers, more specifically, nurses.

**Key words:** History, Nursing, Pharmacy, Archive, Court.

## A ENFERMAGEM NA CORTE REAL ENTRE A IDADE MÉDIA E A IDADE MODERNA: ATIVIDADE ASSISTENCIAL NA CORTE DE ENRIQUE IV E ISABEL DE VALOIS

### RESUMO

A assistência sanitária na Corte Real era algo primordial. Os diversos profissionais de saúde tinham como objetivo zelar pela saúde das pessoas pertencentes à Corte, como uma tarefa que levava a sério cada um daqueles profissionais, dentro de suas competências e do saber próprio de seu cargo.

Para isto, o presente trabalho se baseia na documentação pertencente à seção de Casas e Sítios Reais do Arquivo Geral de Simancas, em que foi possível levantar dados, entre outros, sobre a atenção à saúde prestada por Enrique IV e Isabel de Valois, durante o reinado de ambos.

## NURSING IN THE ROYAL CHAMBER BETWEEN THE MIDDLE AGE AND THE MODERN AGE: HEALTHCARE IN THE COURT OF ENRIQUE IV AND ISABEL OF VALOIS

### ABSTRACT

Healthcare in the court was something fundamental. The different health professionals had as their objective to watch over the health of everybody who belonged to it. Something that everyone of them carried out depending on their abilities and their knowledge.

The work that we propose is based on the information found in the section of Casas y Sitios Reales of the Archivo General de Simancas.

Analisada a referida documentação, confirma-se a objetividade de um trabalho metódico no momento de se prestar os cuidados e na aplicação de tratamentos pelos profissionais de saúde, mais especificamente, da Enfermagem.

**Palavras Chave:** História, Enfermagem, Botica, Arquivo, Corte Real.

## RESUMEN

La asistencia sanitaria en la Corte Real era algo primordial. Los distintos profesionales sanitarios tenían como objetivo velar por la salud de las personas pertenecientes a ésta, tarea que llevaban a cabo cada uno de ellos dentro de sus competencias y el saber propios de su cargo.

Para ello, el trabajo que se desarrolla a continuación se basa en la documentación perteneciente a la sección de Casas y Sitios Reales del Archivo General de Simancas, en la que es posible encontrar datos, entre otros monarcas, sobre la atención prestada a Enrique IV y a Isabel de Valois, durante el reinado de ambos.

Analizada dicha documentación, se confirma la objetividad de un trabajo metódico a la hora de prestar los cuidados y la aplicación de tratamientos por el personal sanitario, concretamente del de Enfermería.

**Palabras claves:** Historia, Enfermería, Botica, Archivo, Corte Real.

## INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que la enfermería, como enseñanza reglada, se remonta a siglos pasados, al igual que otras ciencias afines al ámbito sanitario (García Martínez, 1999; Eserverri, 1997), y como disciplina informal, muchísimo más aun (De los Santos, 1999). La presencia de la enfermería y otras figuras sanitarias han ocupado un lugar distinguido en puestos importantes dentro del ámbito social y sus distintos estratos a lo largo del tiempo. Uno de los más destacados y objeto de nuestro estudio es de los responsables de los cuidados de salud en el entorno regio (Campos Díez, 2002).

La Medicina del medioevo se basaba, en su vertiente erudita, en las sabidurías hipocráticas y galé-

nicas transmitidas a través del mundo árabe. Se puede considerar que el ámbito cortesano sería el más afectado por una ciencia médica tendente a la racionalidad.

Por tanto, la Corte Real, foco principal de nuestra investigación y de la que se tratarán los diferentes aspectos inherentes al trabajo que suponía ser sanitario de la misma, constituye un escenario en el que se debe velar por la salud tanto de la familia real como de los cortesanos, eso sí, con la distinción que su posición en el escalafón social (Cañadas, Luque & Crespo, 2007); este punto es algo obvio, ya que la relación que unía a ambos era, en la mayoría de casos, bastante más que estrecha y por tanto la coexistencia se daba tanto en estados de salud como de enfermedad. El medicamento fue el medio de encuentro de varios oficios adscritos a la Corte y, por tanto, de una actividad medico-asistencial.

Nuestros objetivos pretenderán determinar, a un nivel básico, la organización de los cuidados de salud en el entorno mencionado anteriormente. Así mismo, profundizaremos en la vida cotidiana del personal sanitario y en las dificultades que se les presentaban en el trabajo y en la forma de desarrollar el mismo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El proceso de investigación se llevo a cabo mediante una revisión bibliográfica y documental en el Archivo General de Simancas, gracias a la cual se aportan una serie de datos que contribuyen notablemente a la historia de la Enfermería en España, más concretamente, durante el periodo comprendido entre los siglos XV-XVI.

La metodología para la realización del trabajo es de tipo cualitativa. La documentación detalla con bastante precisión el quehacer de los profesionales sanitarios de la Corte Real, lo que nos permite ubicarnos en el entorno sociolaboral (De la Cuesta, 2006) y en la percepción que éstos tenían.

Los materiales empleados para el desarrollo de este trabajo abarcan un compendio documental de la sección Casas y Sitios Reales, conservada en el mencionado archivo, relativa a Enrique IV y a Isabel de Valois, entre otros monarcas.

Una vez localizado el material, se comenzó transcribiendo la documentación pertinente a nues-

tra investigación y, posteriormente, se procedió a realizar un análisis comparativo de su contenido, a fin de llegar a las conclusiones manifestadas (Cañadas, Crespo & Luque, 2003).

## RESULTADOS

El análisis de la documentación seleccionada implica una ardua tarea, pues la cantidad de personal que había en la Corte Real podía llegar a ser desmesurada.

De entre la información seleccionada a la hora de estudiar los documentos concernientes al personal sanitario que trabajaba en la corte, encontramos datos de gran interés en la parte que hace referencia al material constitutivo de la enfermería, a los tratamientos realizados, al personal que trabajaba con los que eran susceptibles de cuidados para la salud y sobre cuestiones de carácter socioeconómico y administrativo.

En lo que se refiere a las funciones propiamente dichas del personal sanitario, en la documentación relativa a Enrique IV, se pueden apreciar labores propias de la Enfermería. La administración de medicamentos y remedios terapéuticos tales como: “purgaciones”, “lauatorio”, “coçimientos”, “safumario”, entre otras funciones, corrían a cargo de dicho personal (Chocarro, Melgar & Pérez, 1996; Eserverri, 1996). Se podría deducir que todo ello iría encaminado a la adopción de una metodología científica (Luque, Cañadas, Crespo & Cantero, 2006) y así sería descrito con posterioridad en la obra de Andrés Fernández, referencia indiscutible para la profesión (Fernández, 1617).

Dentro de la documentación se encontraron los tratamientos que se aplicaban de forma detallada, tal y como se mencionó anteriormente, y, además, la composición y las funciones que tenían cada uno. Así mismo, estaban inventariadas varias relaciones de elementos indispensables para la enfermería, juntos a los cuales se encontraba su tasación económica, debido a que figuraban como los gastos necesarios en un periodo determinado. El material empleado por el personal de enfermería estaba compuesto, entre otras cosas, por un “arca de la enfermería”, orinales, vasos para jarabes, ollas y cántaros para hervir agua, cestas, redomas para agua, un “candelero de açófar”; etc. (Cañadas, Luque & Crespo, 2007).

Otro aspecto interesante era la concesión de cargos permanentes a personal especializado, como era el caso también de los boticarios, barberos, cirujanos y médicos (Valverde & Vidal, 1975); o la recurrencia de forma eventual en el caso de las comadronas o parteras (García, García & Valle, 1996).

Así mismo, otra parte fundamental dentro del documento era aquella en la que se habla de la remuneración de la labor asistencial. El enfermero de la reina Isabel de Valois tenía una ración diaria de cuatro panecillos, vino; y dos libras de carne; los días de pescado, se le daba la equivalencia en tal producto correspondiente a las dos libras de carne mencionadas. Además, obtenía una libra de merluza, de la cual dos sextas partes eran para el enfermero y el resto para uno de sus mozos, y podía obtener menudillos de las aves y las sobras de “las dolientes”, a discreción del confitero que servía a la Corte. Finalmente, existen datos que permiten afirmar que percibía una quitación por su trabajo y de que se le debía abonar el dinero invertido en gastos para el servicio de las enfermas (Cañadas, Luque & Crespo, 2007).

## DISCUSIÓN

En el caso de los enfermeros y de los boticarios, encargados del mantenimiento y aprovisionamiento de la Enfermería y de la Botica Real, eran figuras destacadas dentro de la Corte, siendo escogidos al igual que por ejemplo los médicos (Valverde & Vidal, 1975). Con respecto a las matronas, al no ejercer su práctica de forma habitual, sólo eran requeridas para los alumbramientos en la Corte, siendo seleccionadas en función de su experiencia y renombre; un aspecto curioso en este último caso, era que su atuendo pretendía ir acorde al status social de la mujer a la que asistiera en un momento dado (Valverde & Vidal, 1975).

La aplicación de tratamientos múltiples lleva de forma inevitable a un control exhaustivo para que el personal sanitario conozca la posología administrada en cada momento. Destacable en la documentación es el hecho de que se anotasen en que momento del día y la forma de presentación del fármaco, lo que concuerda con la jornada laboral del personal de la época (Chocarro, Melgar & Pérez, 1996; Eserverri, 1996); dicho control tam-

bién se empleaba en el control de gastos de la Enfermería y de la Botica Real, permitiendo la gestión y la contabilidad de estas dependencias.

Las relaciones mencionadas anteriormente atienden a la necesidad de llevar una buena organización. El material médico y asistencial aparecía perfectamente catalogado según al paciente al que perteneciese, lo que se presume que se debía gestionar de forma racional los recursos materiales (Valverde & Vidal, 1975). Además, se puede afirmar que, a pesar de ser un elenco de lo más básico y genérico en algunos casos, destaca la importancia que se le daba a la individualidad de los pacientes y de sus enseres personales, perfectamente identificados (Cañadas, Luque & Crespo, 2007).

Las retribuciones del personal sanitario, además de la compensación económica en sí, estaba constituida por un sustento alimenticio acordado previamente. Exceptuando situaciones excepcionales, la quitación normal era de una cantidad económica acorde a la categoría, así como de una ración de carne de vaca o pescado, siendo este último el más empleado (Cañadas, Luque & Crespo, 2007).

## CONCLUSIONES

El personal sanitario gozaba de la confianza del Rey y su círculo, lo cual queda sobradamente demostrado, dado el número de profesionales que atendían de forma constante las dolencias del ámbito regio. Tanto si era personal asiduo y permanente dentro de ella como si de forma eventual eran requeridos para prestar sus servicios (García, García & Valle, 1996), el personal sanitario gozaba de una erudición y una profesionalidad metódi-

ca propias de su oficio (García Martínez, 2004, A; García Martínez, 2004, B), lo cual les confería un *savoir fair* con el que atendían, de forma notable, al personal cortesano. Todo ello obviamente se derivaba de la enseñanza, más o menos reglada, y la existencia de textos que apoyaban su formación (García, García & Valle, 1996; García Martínez, 2004, A; García Martínez, 2004, B; Nogales, 2003), sin olvidar, claro está, que sería esa actitud metódica la que daría paso a la evolución del arte de cuidar, dándole un enfoque integrado, y la aplicación del método científico a éste (García Martínez, 2004, A; García Martínez, 2004, B; Nogales, 2003; Conde, 2002; García-Carpintero, 2007).

Queda patente la importancia que tenía recoger de forma exacta el gasto tanto del material y medicamentos para la enfermería, así como de lo que debía de percibir el personal encargado de la salud de la Corte (Cañadas, Luque & Crespo, 2007; Valverde & Vidal, 1975). En el caso de los tratamientos aplicados a Enrique IV, las diversas anotaciones permitían llevar un control bastante exhaustivo de los tratamientos que se realizaban, permitiendo así controlar su evolución y llevar un registro escrito de las actividades y posibles incidencias que se producían diariamente. Otro de los datos recavados y que resulta de interés es la figura destacada de D. Diego Ortega, sangrador real, cuyo papel como administrador, único al parecer, lo hacía responsable de los recursos tanto humanos como económicos de la enfermería, fundamentalmente porque las cuentas correspondientes se abonaban a posteriori. Así, por un lado, dentro de la estructura de la Corte Real, en lo que a su aspecto financiero se refiere, es preciso una constancia por escrito de todo aquello que sucedía en la salvaguarda de la salud del círculo próximo a los reyes; por otro lado, los inventarios del material registraban de forma precisa los gastos de lo que era necesario para mantener unas condiciones higiénico-sanitarias adecuadas al entorno cortesano de la época, las cuales se traducen, en su mayoría, en medidas preventivas que evitasen males mayores (Cañadas, Luque & Crespo, 2007; Chocarro, Melgar & Pérez, 1996; Eserverri, 1996; Luque, Cañadas, Crespo & Cantero, 2006; De la Torre, 1987).

Las condiciones higiénico-sanitarias eran fundamentales dentro de las funciones del personal sanitario subalterno. En condiciones generales, la higiene, las medidas dietéticas y la atención individualizada se llevaban a rajatabla en cualquier hospital de la época como medida básica de los cuidados al enfermo y prevención ante posibles complicaciones para ellos e incluso el personal sanitario, por ello no es de extrañar que tales medidas se extremasen ante dolencias padecidas por la Casa Real (Cañadas, Luque & Crespo, 2007; Valverde & Vidal, 1975; De la Torre, 1987).

Por último, destacaremos el conflicto consecuente de los salarios administrados por la labor desempeñada. No era ningún secreto que los trabajadores de la corte eran objeto de irregularidades en sus estipendios, por lo que era habitual el reclamo por parte de los afectados de lo que les correspondía por derecho; es el caso de D. Antonio Martínez, enfermero de la Corte (Cañadas, Luque & Crespo, 2007; Valverde & Vidal, 1975) llama la atención la alusión al perjuicio que supone que se le paguen sus emolumentos en pescado y no en carne, justificándolo por su bajo coste y constatando así la creencia general que se tenía de considerar a la carne como alimento de primer orden, consideración de la que no gozaba el pescado, entre otros muchos alimentos (Reitz, 1991; Crespo, Cañadas, Luque & Cantero, 2006).

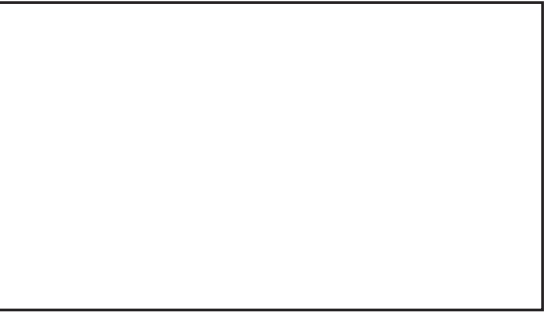
## FUENTES DOCUMENTALES

Archivo General de Simancas, Casa y Sitios Reales

1. Legajo 40, folio 4, 113; folio 21, 685-690; folio 36, 941-942.
2. Legajo 97, folios 1-55.

## BIBLIOGRAFÍA

- Campos Díez, M.S. (2002). Las enfermerías de damas y criadas en la corte del siglo XVII. *Dynamis*, 22, 59-84.
- Cañadas de la Fuente, G.A., Crespo Muñoz, F.J. & Luque Sánchez, M.E. (2003). Los inventarios como fuente para la historia de ciencias de la Salud. *Boletín de la Sociedad Española de Ciencias y Técnicas Historiográficas*, 3, 257-266.
- Cañadas de la Fuente, G.A., Luque Sánchez, M.E. & Crespo Muñoz, F.J. (2007). La asistencia sanitaria en la corte de Isabel de Valois. *INDEX de Enfermería*, 16 (58), 75-77.
- Chocarro, L., Melgar, G. & Pérez, A. (1996). La Enfermería en las Ordenanzas y Constituciones del Hospital General y Agregados de Madrid. Año 1589. *Híades*, 3, 147-166.
- Conde Gutiérrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre



- la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 395-408.
- Crespo Muñoz, F.J., Cañadas de la Fuente, G.A., Luque Sánchez, E. & Cantero Hinojosa, J. (2006). La alimentación del siglo XVI: las evidencias documentales en el Archivo General de Simancas. En Universidad de Granada (ed.), *Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Ciencias de la Salud* (pp. 236-237). Granada: autor.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2006). Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de enfermería*, 9 (5), 50-55.
- De la Torre Díaz, J.L. (1987). El poder y la magia: la superstición en la corte de la España Moderna. *Historia* 16, 12 (136), 57-63.
- De los Santos Alfonso, J.M. (1999). Del cuidado natural a la Enfermería Profesional. *Híades*, 5-6, 75-91.
- Eserverri, C (1997). La Enfermería medieval. Un documento histórico. *Híades*, 3, 229-254.
- Eserverri, C. (1996). La Enfermería medieval. Un documento histórico. *Híades*, 3, 229-249.
- Fernández, A. (1617). *Instrucción de enfermeros*. Madrid: autor.
- García Martínez, M.J. (1999). Las Carreras Auxiliares Médicas. *Híades*, 5-6, 55-60.
- García Martínez, M.J. (2004, A). El método en la Enfermería: Una mirada desde la Historia (siglo XVII). *Metas de Enfermería*, 7 (10), 58-64.
- García Martínez, MJ (2004, B). Cuidados enfermeros en la España del siglo XVII. Hacia la búsqueda de una identidad profesional. *Gazeta de Antropología*, (20).
- García, A.C., García, M.J. & Valle, J.I. (1996). La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Híades*, 3, 61-84.
- García-Carpintero Blas, E. (2007). Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería global*, 6 (11).
- Luque Sánchez, E., Cañadas de la Fuente, G.A., Crespo Muñoz, F.J. & Cantero Hinojosa, J. (2006). Un aspecto interesante de la medicina de los siglos XV y XVI: recetas y conjuros. En Universidad de Granada (ed.), *Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Ciencias de la Salud* (pp. 238-239). Granada: autor.
- Nogales Espert, A. (2003). Evolución histórica del método enfermero. *Cultura de los cuidados*, 7 (13), 23-28.
- Reitz, J.E. (1991). Dieta y alimentación hispano-americana en el Caribe y la Florida en el siglo XVI. *Revista de Indias*, 51, 11-24.
- Valverde, J.L. & Vidal, M.C. (1975). Cuentas de la Real Botica desde 1571 a 1695, según documentación del Archivo del Palacio Real de Madrid. *Ars Pharmaceutica*, 16, 393-364.

# ACUPUNTURA NA SAÚDE PÚBLICA: UMA REALIDADE HISTÓRICA E ATUAL PARA ENFERMEIROS

Leonice Fumiko Sato Kurebayashi<sup>1</sup>; Genival Fernandes de Freitas<sup>2</sup>; Taka Oguisso<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Enfermeira. Acupunturista. Mestre em Enfermagem*

*<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem, advogado, docente da Escola de Enfermagem da USP*

*<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, advogada, professora titular da Escola de Enfermagem da USP*

## ACUPUNTURA EN LA SALUD PÚBLICA: UNA REALIDAD HISTÓRICA ACTUAL PARA ENFERMEROS

### RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo identificar las percepciones de los enfermeros acerca de la acupuntura. Investigación con 33 enfermeras, en 11 Unidades de Salud de São Paulo. Los datos fueron distribuidos en cuatro categorías: percepciones sobre acupuntura(1), dificultades (2) y facilidades (3) de la práctica de la acupuntura por la enfermería y dilemas éticos y legales (4). Los resultados demostraron: la credibilidad en el procedimiento (1); factores limitantes como sobrecarga de trabajo, falta de recursos materiales, humanos y política de salud (2); factores facilitadores como la posibilidad de capacitación e implementación de la acupuntura multiprofesional (3) y, finalmente, cuanto a los dilemas ético y legales, la opinión de que no solo médicos deben ejercer la acupuntura en la red pública.

**Palabras clave:** Enfermería, Salud Pública, Medicina Alternativa, Acupuntura.

### RESUMO

Pesquisa qualitativa exploratória, com 33 enfermeiras em 11 Unidades de Saúde do Município de São Paulo, cujo objetivo foi identificar as percepções dos enfermeiros acerca da acupuntura. Os dados foram analisados com base em Bardin (2004) e distribuídos em quatro categorias: percepções sobre a acupuntura (1), dificuldades (2), facilidades da prática da acupuntura pela enfermagem (3) e dilemas ético-legais (4). Os resultados demonstraram: credibilidade na técnica



## ACUPUNCTURE IN HEALTH PUBLIC SYSTEM: A HISTORICAL AND PRESENT REALITY FOR NURSES

### ABSTRACT

This research was performed with 33 nurses from 11 Health Units in São Paulo. This article aimed at identifying the perceptions of the nurses about the acupuncture practice. Interview data was analyzed based on Bardin (2004) and distributed within four categories: perceptions on acupuncture (1), difficulties (2), facilities in the acupuncture practice (3) and ethical-legal dilemmas (4). The results evidenced: credibility on technique (1); limiting factors, such as work overbook, lack of material and human resources and health policy (2); facilitating factors, such as: highly qualifying courses and implementation of acupuncture services by a multiprofessional team (3); and regarding the ethical-legal dilemmas, the opinion that not only physicians are entitled to exercise the acupuncture in the public health system.

**Key words:** Nursing, Public Health, Alternative Medicine, Acupuncture.



(1); fatores limitantes como sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais, humanos e política de saúde (2); fatores facilitadores como a possibilidade de capacitação e implantação da acupuntura multiprofissional (3) e por fim, quanto aos dilemas ético-legais, a opinião de que não somente médicos devem exercer a acupuntura na rede pública.

**Descritores:** Enfermagem, Saúde Pública, Medicina Alternativa, Acupuntura.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo dá continuidade a uma prévia pesquisa realizada em três Unidades Básicas de Saúde, consideradas Pólos de Difusão da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), em 2006, onde a acupuntura e outras terapias complementares já eram oferecidas à comunidade, desde a implantação do serviço em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SMS/PMSP). O intuito do estudo foi conhecer o interesse e a prática da acupuntura por enfermeiros que atuavam em unidades de Saúde Pública e realizar uma prévia discussão acerca da relevância ou não da temática para os enfermeiros dessas unidades.

A terapia da acupuntura tem uma longa história de utilização em diferentes sociedades e com certeza não foi necessariamente uma atividade realizada por um grupo restrito de profissionais. No Brasil, há plena aceitação pelos Conselhos que regulamentam as profissões da saúde sobre a prática da acupuntura. Apesar disso, dentro do programa de treinamento de profissionais nos Pólos de Difusão de práticas da MTC pela SMS/SP, organizados pelo Projeto de Implantação da MTC nas unidades de saúde, a partir de 2002, preferencialmente médicos foram treinados pela Associação de Medicina Tradicional Chinesa (São Paulo, 2002).

No decorrer do ano de 2006, porém, uma importante conquista foi obtida no campo da legislação em favor do exercício da acupuntura e de outras terapias complementares em caráter multiprofissional, com a Portaria nº 971, de Maio de 2006, do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2006). A discussão sobre a acupuntura continua acirrada, por meio de projetos de lei que visam à regulamentação da atividade, com a normatização de a

quem compete o seu exercício. Entretanto, a classe médica por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), reivindica para a categoria, a exclusividade da acupuntura como ato médico.

Por outro lado, a implantação do SUS no Brasil, a partir da Constituição Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, trouxe um grande desafio para a enfermagem e para os enfermeiros: redirecionar suas práticas para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira (Brasil, 1988). Pode-se afirmar que o grande desafio coletivo dos enfermeiros inseridos no SUS para o século XXI é, portanto, recriar os cuidados de enfermagem para atingir a integralidade da assistência e transformá-los em um novo paradigma mobilizador das forças da vida individual e coletiva (Nuñez, 2002, p.48).

Neste contexto, cabe indagar se o enfermeiro que trabalha em unidades de saúde pública, em resposta aos novos desafios que se apresentam para sua atuação junto à população, compreende a acupuntura como uma possibilidade terapêutica em sua área. E ainda, será que está atualizado sobre os aspectos ético-legais que permeiam esses debates? Quais seriam as dificuldades ou facilidades que esses profissionais encontram em incorporar a acupuntura como realidade concreta no cotidiano de suas atividades em suas unidades? Quem seriam os profissionais aptos a realizarem a acupuntura em nosso país, segundo o ponto de vista das entrevistadas?

Essas discussões têm um caráter de urgência e os enfermeiros não podem ficar à margem dos debates, que interferem sobre atribuições profissionais, direitos e alcance de suas práticas de assistência à saúde. Esse estudo teve, portanto, o objetivo de conhecer as percepções dos enfermeiros em relação à acupuntura como técnica complementar à assistência de saúde; desvelar as incertezas, dificuldades, atitudes e percepções do enfermeiro com relação à acupuntura como prática da enfermagem, pós-Portaria 971/2006, com vistas a contribuir para uma implantação democrática, ética e multiprofissional da acupuntura no país.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Para atender aos objetivos propostos e desenvolver a temática em estudo, foi realizada uma investigação de natureza exploratória descritiva,



que as enfermeiras trabalhavam. Referem melhoria dos sintomas e bem-estar e destacam a importância dessa terapêutica como complementar a assistência da saúde, sugerindo que seja mais difundida para a população.

*... Hoje a acupuntura já é vista como uma parte da medicina, ela... realmente tem tido bons resultados... principalmente aqui no ambulatório, temos acupuntura, é uma referência de acupuntura e tem como você ver a evolução do paciente, principalmente na questão das dores agudas, como complementar a doenças pré-existente.. (I.1.E25).*

A acupuntura já é aceita em muitos países europeus e incorporada ao sistema oficial de saúde, tendo se tornado mais popular no Ocidente após aprofundamento dos estudos visando reconhecer seus mecanismos de ação pela comunidade científica. É uma das terapêuticas mais difundidas na Europa, tendo sido introduzida no Brasil, há 100 anos por imigrantes japoneses. A acupuntura, juntamente com a osteopatia e a homeopatia já está mais consolidada e organizada na sociedade europeia, com essa prática coexistindo com a medicina alopática nos serviços de saúde regulamentadas por lei, com situação ética e política definidas. No Canadá e Estados Unidos observa-se um aumento na demanda de acupuntura, com experiências sobre a inserção de práticas terapêuticas não-alopáticas no ensino da área de saúde e no sistema de saúde (Carneiro & Soares, 2004, p. 83).

Dentro da Categoria I, na subcategoria 2, encontramos opiniões sobre a acupuntura como uma técnica holística.

*... Eu acho importantíssimo esse trabalho, porque vê o indivíduo integralmente... não é só trabalhar a queixa, conduta e sim trabalhar a causa, o que está acontecendo pra chegar numa determinada queixa ou patologia... a acupuntura veio para auxiliar e acho até resolver... a resolutividade mesmo no atendimento integral a esse indivíduo. (I.2.E16)*

Etimologicamente, o termo holismo deriva do grego “holos”, que significa, completo, total, inteiro. Concebido como um princípio absoluto, o

com utilização de uma entrevista pré-estruturada, gravada e transcrita, cujos dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2004), por compreender que esta metodologia permitiria descrever, interpretar e desvendar percepções e significações da acupuntura para os enfermeiros. O projeto foi aprovado pelo Parecer nº104/07 pela SMS/SP e os dados foram coletados após orientação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados observados na análise lexical das 33 entrevistas revelaram a distribuição dos conteúdos em quatro categorias discursivas principais, em resposta às seguintes questões: (1) O que você acha da acupuntura como prática complementar na assistência à saúde? Fale sobre isto. (2) Que fatores dificultam ou facilitam a prática da acupuntura pelo enfermeiro? E nesta Unidade? Fale um pouco sobre isso. (3) Em sua opinião, quem deveria exercer a acupuntura? Fale sobre isto.

Para melhor visualização e compreensão das Categorias e Subcategorias foi construída a Tabela 1.

Em relação à Categoria I, na subcategoria 1, obtivemos opiniões que reforçam a importância da acupuntura como técnica complementar à assistência da saúde, para enfermidades crônicas e agudas e em especial, para diminuição e alívio de dores. Percebe-se aceitabilidade e crença na eficácia da acupuntura, ora por experiências prévias pessoais, de parentes e familiares, ora pela oportunidade de ouvir relatos de experiência de pacientes que estão ou estiveram em tratamento de acupuntura com os médicos acupunturistas das unidades de saúde em

holismo se contrapõe ao reducionismo, tornando-se muito familiar nas terapias complementares, referindo-se a uma abordagem filosófica do cuidado de saúde apoiada no todo e não em partes. Essa abordagem não é exatamente um caminho novo, basta observar os sistemas de saúde de outras épocas e em outros contextos culturais, como por exemplo, a Medicina Tradicional Chinesa. Embora desenvolvidos em contextos culturais diferenciados, os sistemas ocidental e oriental para a saúde na Antigüidade eram ambos holísticos, tendo como base a assistência de saúde com foco sobre o todo do organismo, considerando-o como um microcosmo inserido no macrocosmo (Capra, 2004, p.299-350).

No campo da enfermagem, uma das teoristas que aborda a energia na construção de marcos conceituais é Martha Rogers (1970). O movimento em direção ao novo paradigma holístico leva as enfermeiras a buscarem fundamentos teóricos inovadores e Rogers, com o foco que dá ao ser humano integral, de sua interação com o meio ambiente, passa a ser um referencial de vital importância para embasar este novo olhar, saber e fazer nas interações enfermeiro-cliente.

Ainda na Categoria I, encontramos a subcategoria 3. Emerge uma importante opinião acerca dos benefícios da acupuntura, principalmente quanto às vantagens que a técnica apresenta no tratamento das doenças, por não se utilizar de medicações alopáticas e por vezes até suprimir ou diminuir a necessidade do uso dessas medicações, assim como os poucos efeitos colaterais que provocam.

*Todas essas outras formas de... de... medicina alternativa, eu acho que elas precisam complementar mesmo a saúde, do atendimento. Eu acho que tem muita coisa que a alopatia não dá conta, né? Eu acho que a gente tem que cada vez procurar estas outras atividades. E principalmente porque o efeito colateral destas outras são infinitamente menores. (I.3.E15)*

O aumento da utilização da acupuntura nos serviços de saúde já tem sido observado em diversos países do Ocidente, inclusive no Brasil e simultaneamente vivencia-se o crescente perfil demográfico

co da população idosa. A complexidade dos fatores que são inerentes ao envelhecimento leva à necessidade de se indicarem modalidades assistenciais multidisciplinares e, entre elas, a acupuntura (Góis, 2007, p.2).

Com relação aos fatores limitadores para o exercício da acupuntura pelo enfermeiro, surge na Subcategoria 1, da Categoria II, queixas sobre a sobrecarga de trabalho do enfermeiro e falta de recursos materiais e humanos.

*... É a falta de pessoal... Porque a enfermeira, ela faz todos os papéis... na Unidade, além do papel de enfermeiro, de auxiliar, de técnico de enfermagem, de psicólogo, de tudo... de assistente social... (II.1.E3)*

Em 1984, Oguisso já havia citado como obstáculos para as enfermeiras, que a não realização de atividades específicas dos programas de saúde e na assistência primária se devia à falta de pessoal e falta de área física (Nuñez, 2002, p.116). Na atual pesquisa, o quadro manteve-se inalterado. Indaga-se, diante do exposto, quanto tempo mais a enfermagem permanecerá distante da realização de atividades assistenciais na saúde pública, por não ter garantido o espaço físico, os recursos materiais e humanos?

A enfermagem possui contradições internas em seu saber/fazer sobre a assistência específica prestada pelo enfermeiro e as inúmeras atividades que acabam sendo exercidas, que nem sempre possuem relação com as suas atribuições ou com a clientela. Situações essas que acabam por determinar um cotidiano conflitante e por vezes, frustrante para os profissionais (Gomes & Oliveira, 2005, p. 1011-1018).

Observamos ambigüidades e contradições vivenciadas pelas entrevistadas, quanto ao papel gerencial, administrativo ou, por vezes, burocrático, em detrimento da função assistencial direta com o usuário. O descontentamento com a estrutura e organização das unidades de saúde que privilegia e se centraliza na atividade médica quanto à distribuição e ocupação de salas em detrimento das atividades da enfermeira, que não tem valorizada a sua prática assistencial, parece ser um fator limitante para o exercício da acupuntura pelo enfermeiro.

A Categoria III foi dividida em quatro subcategorias, a saber, a Subcategoria 1 referente à necessidade de formação, capacitação técnica e abertura de cursos reconhecidos de acupuntura para os enfermeiros e a dificuldade constatada, de que os cursos de acupuntura foram oferecidos somente para a classe médica, não estando abertos à enfermagem, nem a outros profissionais da rede pública de saúde, como podemos observar no relato a seguir.

*...Primeiro, eu não sei se existem cursos assim... que possa ser feito por qualquer profissional... Houve curso de acupuntura na rede, mas parece que foi só para profissional médico, pra enfermeiro, não... Já é uma coisa que dificulta, porque... dá oportunidade para alguns profissionais e não pra outros. O que facilitaria é que na rede pública fosse feito o curso, de especialização... (II.2.E28)*

Em seguida, a Subcategoria 2, relacionada à necessidade da implantação do serviço de acupuntura pelo enfermeiro na Secretaria de Saúde; a Subcategoria 3, que destaca a importância da orientação da população sobre a acupuntura e seus benefícios e a necessidade de expansão dos serviços de acupuntura, em função da grande demanda nas unidades de saúde, onde a acupuntura já tem sido realizada; e, por fim, a Subcategoria 4, que estabelece como fator facilitador para a prática da acupuntura pelo enfermeiro, a proximidade que este já tem com o usuário e a característica de sua formação como profissional de saúde.

As reflexões acerca da incorporação da acupuntura como um novo saber e fazer para a enfermagem, a partir da vivência das entrevistadas, pautou-se na crença de que os enfermeiros são profissionais diferenciados em sua abordagem do processo saúde-doença, sendo elementos primordiais de transformação da população, por meio da orientação e comunicação que lhes confere proximidade, confiabilidade junto à população. São unânimes em afirmar que desde que tenham formação e capacitação técnica e que sejam implementados os serviços de acupuntura abertos às equipes multiprofissionais na rede pública de saúde, os enfermeiros estariam perfeitamente aptos para o seu exercício.

*... Porque, a gente acompanha muito... e assim, a facilidade que o usuário tem de se abrir com o enfermeiro ... eu acho que seria até mais fácil... a gente está muito próxima deles... usa a mesma linguagem, vai na casa deles fazer visita domiciliar... Eu acho que eles têm uma facilidade maior para se abrir e para num tratamento (de acupuntura) seria muito bom. (III.4.E1)*

Na Subcategoria 1, da Categoria IV, foram agrupados depoimentos que comentam a dificuldade do exercício da acupuntura pelos profissionais não-médicos, por ser considerada uma prática limitada ao médico, muito provavelmente, por desinformação ou por errôneas orientações veiculadas pelos meios de comunicação, pelos próprios profissionais médicos e pela estrutura do serviço público que não abre espaço ao enfermeiro.

*... E o ato médico, tá uma questão que está começando a surgir; é porque antes não era... algo exclusivo do médico e agora parece que as coisas estão se encaminhando de uma forma que acabe virando um ato médico... (IV.1.E6)*

Na análise de constitucionalidade do Ato Médico, o Projeto de Lei do Senado nº 7.073/2006 (Brasil, 2006a), caso seja aprovado, poderá acarretar inúmeros problemas aos diversos profissionais da área da saúde, conferindo ao Conselho Federal de Medicina poderes amplos para definir o que é ato exclusivo do médico, concedendo um poder normativo do tipo penal. Entretanto, segundo o Art. 5º, Inc. XXXIX da Constituição Federal, não há "crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal". E na ausência de lei, segundo o Art. 22.I da Constituição, cabe somente à União legislar sobre "direito civil, comercial, penal... e do trabalho". A competência para legislar sobre as atribuições profissionais é do Congresso Nacional, por meio de Lei Ordinária, a qual se refere a qualquer matéria e sua iniciativa segue o preceito constitucional (Oguisso & Schmidt, 2007, p.221-234).

Sendo assim, compete à União criar legislação para regulamentar o exercício das profissões, não podendo, ser delegada essa incumbência a nenhum conselho de classe. Cabe ressaltar que os Conselhos Profissionais têm competência legislativa

va limitada, pois a norma que deles emana, na modalidade de resoluções de classe, constitui um ato da administração de um colegiado, contendo esclarecimentos, soluções, deliberação, regulamentação ou determinação sobre algum assunto de interesse de determinada categoria profissional.

A Subcategoria 2, da Categoria IV, ressalta a importância do estudo e análise dos papéis que se atribuem à enfermagem, suas funções e as diferentes percepções que se têm quanto ao que o enfermeiro faz e pode fazer, como fatores que influenciam a aceitabilidade do exercício da acupuntura pela enfermagem, frente à população, aos demais profissionais e às instituições.

*... eu acho que existe um pouco do preconceito... porque não é o médico que faz... e que é o enfermeiro que faz, o enfermeiro serve para fazer isso e não serve para fazer aquilo... esse é um dos fatores... o preconceito em relação ao enfermeiro. (IV.2.E2)*

O debate acerca da condição de submissão, falta de autonomia e subserviência que muitas vezes emerge como perfil do profissional de enfermagem em relação ao profissional médico, ganha destaque neste estudo, em função dos dilemas ético-legais que perpassam o exercício da acupuntura em nosso país. Cabe salientar que as entrevistadas enfermeiras deste estudo eram todas do sexo feminino, confirmando a tendência histórica que ainda persiste de que a enfermagem é uma profissão eminentemente feminina.

Na Subcategoria 3, surgem os aspectos relacionados à regulamentação da prática da acupuntura pela enfermagem. A julgar pelas respostas, algumas entrevistadas desconheciam a acupuntura como especialidade da enfermagem. Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Nuñez (2002, p.87) sobre as Terapias Alternativas e Complementares (TAC) na enfermagem. Apenas 22,2% das enfermeiras sabiam da existência de amparo legal para a prática das TAC e 77,8% desconheciam o respaldo legal e a Resolução COFEN 197/97 (COFEN, 2009).

Para finalizar, na Subcategoria 4, temos as opiniões sobre a quem se destinaria o exercício da acupuntura, segundo as entrevistadas, na Tabela 2.

Quanto à Categoria IV, podemos concluir que as entrevistadas, em sua totalidade, acreditam que a acupuntura poderia ser exercida pela enfermagem na Saúde Pública. Muitos depoimentos foram favoráveis à abertura da acupuntura para todos os profissionais da saúde de nível superior. Outros depoimentos consideraram importante que alguns profissionais, com atuação direta sobre a saúde física do paciente, seriam os profissionais para os quais a acupuntura como especialidade poderia vir a ser complementar em suas práticas assistenciais específicas. Dentre elas a enfermagem, pela amplitude de campos de atuação, poderia certamente ser uma dessas categorias profissionais, cuja instrumentação em acupuntura, reverteria em grandes benefícios à população. E por fim, alguns depoimentos foram favoráveis à atividade da acupuntura por todos os profissionais que estivessem preparados para tal e nessa categoria podemos incluir os praticantes de acupuntura, que não têm documentação de nível técnico ou superior, mas que obtiveram o conhecimento em cursos livres de formação de acupuntura, qualificações ou que haviam adquirido a técnica em outro país. Os praticantes de acupuntura orientais que no Brasil se instalaram nas últimas décadas estão também inseridos nessas categorias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos, na atualidade, o desafio de tornar a acupuntura um exercício democrático e aberto a todo e qualquer profissional habilitado tecnicamente para tal. Almeja-se popularizá-la, elevando o número de profissionais capacitados, consequentemente, o número de pessoas atendidas, uma vez que já existe demanda para a acupuntura, segundo informações relatadas nessa pesquisa, nas unidades de saúde.

Entretanto, o saber e fazer do enfermeiro acupunturista na Saúde Pública ainda é um fruto por se colher e será decorrente de uma prática de cuidados que são pertinentes ao seu exercício profissional, de forma a constituir um fazer específico, adaptado à sua área de assistência e cuidados prestados. A acupuntura promove o bem-estar do todo do indivíduo, em suas dimensões física, psíquica e espiritual. Pode ser utilizada para enfermidades em graus diferenciados de gravidade, para prevenção

de doenças e promoção à saúde, podendo ser exercida por distintos profissionais, respeitando especificidades e o âmbito de atribuições de cada profissional.

Para que o enfermeiro assuma o papel de acupunturista e para que possa contribuir para a implantação efetiva da acupuntura multiprofissional no Brasil, é necessário abandonar a alienação e a falta de interesse pelo novo, por meio da atualização constante dos aspectos ético-legais que permeiam sua profissão, encarando as vicissitudes de um tempo repleto de turbulências e desafios, assumindo o que lhe pertence por lei, mesmo que ainda não assimilado por completo. Um esforço reflexivo se faz necessário para que novos caminhos da prática e realização do cuidar sejam somados ao fazer do enfermeiro. A cultura profissional depende em grande parte do interesse e consciência daqueles que atuam e estão envolvidos no saber e fazer que caracteriza a profissão. Dessa forma, relações de submissão, temor, baixa auto-estima profissional e omissão não auxiliam na construção do que se apresenta como possibilidade presente: a incorporação efetiva do exercício da acupuntura ao saber e fazer do profissional enfermeiro no contexto da Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2004) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. Câmara dos Deputados. Sampaio B. Projeto de Lei 7.703/2006. [legislação na Internet]. Brasília:2006a. [citado 2007 set. 10]. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/sileg/Prop\\_Detalhe.asp?id=339409](http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=339409)
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 971/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-25.
- Capra F. (2004) O ponto de mutação. 24ª ed. São Paulo: Cultrix; Holismo e saúde; p. 299-350.
- Carneiro MLM, Soares SM. (2004) Holismo e saúde: uma abordagem ampliada. In: Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; p. 73-92.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem [legislação na Internet]. Brasília; 1997. [citado 2009 set. 20]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7041&sectionID=34>.
- Góis ALB. (2007) Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos. Rev Bras Geriat Geront. 10(1):1-8.
- Gomes AMT, Oliveira DC. (2005) A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. Rev Lat Am Enferm.13(6):1011-8.
- Nuñez, HMF. (2002) Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do Distrito Administrativo 71 - Santo Amaro [dissertação]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem/USP; 152 p.
- Oguisso T, Schmidt MJ. (2007) O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Perspectivas sobre os rumos da enfermagem; p. 221-34.
- Rogers ME. (1970) An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis.
- São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Caderno Temático em Medicina Tradicional Chinesa [texto na internet]. São Paulo; 2002. [citado 2009 set. 26]. Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ar\\_eas\\_tematicas/0047/MTC\\_CadernoTematico.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ar_eas_tematicas/0047/MTC_CadernoTematico.pdf)



# ANTROPOLOGÍA

## ¿QUÉ CONOCEN LOS JÓVENES DE VILLENA SOBRE LOS CUIDADOS TRADICIONALES DE LA PIEL?

Pablo Pascual Ferriz, Inmaculada Losa Martínez, David Monasor Ortolá  
*Diplomados Universitarios en Enfermería. Universidad de Alicante*

**Key words:** traditional care, alternative medicine, dermatological care, knowledge transmission, youth.

### O QUE CONHECEM OS JOVENS DE VILLENA SOBRE OS CUIDADOS TRADICIONAIS DA PELE?

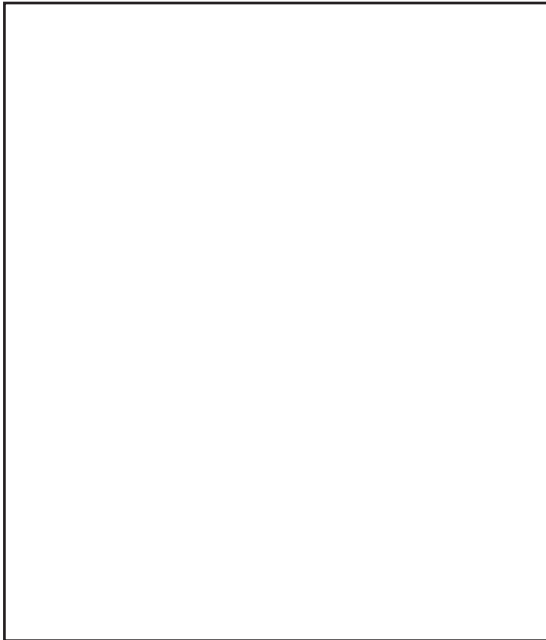
#### RESUMO

**N**os diferentes estudos realizados acerca da medicina alternativa se tem observado as características da população adulta. O objetivo final deste trabalho é averiguar os conhecimentos que possuem os jovens sobre os cuidados tradicionais e se a transmissão destes se dá por igual entre homens e mulheres. Este artigo examina os padrões de transmissão mediante um estudo qualitativo relacionado a um grupo natural de jovens de Villena. Em comparação com estudos realizados com população adulta, chega-se à conclusão de que essa transmissão se produz sem distinção de gênero.

**Palavras-chave:** Cuidados tradicionais. Medicina alternativa. Cuidados dermatológicos. Transmissão de conhecimentos. Jovens.

#### RESUMEN

**E**n los diferentes estudios realizados con respecto a la medicina alternativa se han observado las características de la población adulta, el objetivo final de este trabajo es averiguar los conocimientos que poseen los jóvenes sobre los cuidados tradicionales y si la transmisión de éstos



### WHAT YOUNG PEOPLE OF VILLENA (ALICANTE) KNOW ON TRADITIONAL SKIN CARE?

#### ABSTRACT

**I**n several studies about the alternative medicine, have been observed characteristics of the adult population. The aim of this study is to discover knowledge that young people have in traditional care and whether transmission occurs equally among men and women. This paper assesses the patterns of transmission through a qualitative study with a young group of Villena (Alicante). In contrast to previous studies, has concluded that the transfer of this knowledge is without gender differences.



se da por igual entre hombres y mujeres. Este artículo examina los patrones de transmisión mediante un estudio cualitativo a un grupo natural de jóvenes de Villena. En contra de los estudios realizados con población adulta, se llega a la conclusión de que esta transmisión se produce sin distinción de género.

**Palabras clave:** Cuidados tradicionales. Medicina alternativa. Cuidados dermatológicos. Transmisión de conocimientos. Jóvenes.

## INTRODUCCIÓN

En general, todo individuo que sufre alguna patología busca apoyo en cuanto le rodea, ya sea basado en la ciencia o en el saber popular. Por lo que la “medicina científica” definido por Domínguez (2003) y la “medicina alternativa” mencionado por Reviriejo (2000) se fusionan para proporcionar la salud y el confort que toda persona desea, fruto de su instinto de supervivencia.

Tras una revisión bibliográfica, encontramos diversos estudios relacionados con la medicina alternativa en la población adulta, pero ninguno de ellos enfocado a los adolescentes.

“El pueblo enferma y busca, entre las alternativas que su nivel histórico le brinda, tanto formas tradicionales, como modernas. Repite contenidos mágicos y evocaciones religiosas, recurre a cualquier rol profesional médico o paramédico, pero no se decanta en ningún momento por una alternativa concreta, ya que todas, en su conjunto, constituyen la alternativa para recobrar la salud, y a todas, si es preciso, recurrirá para conseguirla” (Domínguez, 2003).

Ante esta afirmación, nos preguntamos: ¿Se siguen utilizando estos remedios? ¿Hay transmisión de conocimientos entre generaciones? .

“Los hombres son conocedores de muy pocos remedios en comparación con los que conocen las mujeres” (Gandía, 2007). ¿Continúa habiendo desigualdad en la transmisión de conocimientos sobre los remedios caseros entre hombres y mujeres?

Según los estudios de Eleuterio Gandía (2007), los remedios más utilizados son los relacionados con los problemas dermatológicos por lo que nos centraremos en este tipo de cuidados. ¿Qué reme-

dios relacionados con la piel utilizan? ¿Prefieren la medicina popular o la “medicina científica”?

Dado que la ciudad de Villena (provincia de Alicante) es un localidad con un acervo cultural amplio en cuanto a los remedios tradicionales, y dado que ha sido estudiada por diversos autores, encaminamos nuestro trabajo hacia la evolución de los patrones de transmisión entre jóvenes, con el objetivo de comparar las diferencias de conocimientos entre las distintas generaciones.

## METODOLOGÍA

En este estudio cualitativo, hemos utilizado para la recolección de datos una entrevista grupal semiestructurada a un grupo natural de jóvenes en un ambiente neutro y de este modo, favorecer que todos estuvieran en igualdad de condiciones a la hora de responder.

Para crear un ambiente más ameno se ofreció un tentempié a los participantes. En primer lugar, se facilitó una encuesta para la obtención de datos sociodemográficos y también se les preguntaba si fueron en alguna ocasión a un curandero o si irían en un futuro (anexo 1).

La entrevista consta de 5 preguntas abiertas y son las siguientes:

- ¿Qué pensáis sobre los remedios caseros? ¿Sirven para algo?
- ¿Pueden sustituir a la medicina científica?
- ¿Qué remedios tradicionales de los cuidados de la piel conocéis?
- ¿Por parte de quién habéis aprendido estos remedios?
- ¿Quién os llevó por primera vez al curandero?

Para la reproducción fidedigna de los datos, se grabó a los entrevistados con una grabadora magnetofónica tras obtener su consentimiento.

Posteriormente transcribimos los datos obtenidos, y realizamos la codificación de datos de forma manual en base a las preguntas preformuladas, señalando el entrevistado que había dado la respuesta (H1, H2, H3 Y H4 para los hombres, y M1, M2, M3 Y M4 para las mujeres).

## RESULTADOS

En cuanto a la descripción de los participantes se refiere, 8 jóvenes (4 hombres y 4 mujeres) con



edades comprendidas entre los 17 y 24 años, con niveles de estudio diferentes aunque con matices culturales en común debido a que todos ellos pertenecían a la misma localidad.

De los entrevistados, 3 de ellos cursan estudios universitarios, 1 posee un ciclo formativo de grado medio, y los 4 restantes tienen estudios de educación secundaria obligatoria.

Manifestaron haber acudido a un curandero 6 de ellos, y de los dos restantes, 1 manifestó absoluta confianza en la medicina institucional, y el otro, acudiría a la curandera en el caso que lo viera necesario, “a la curandera nunca he ido, pero hombre, si algún día me recomendasen que una que dicen que es buena y que me lo puede curar, pues iría, pero de momento nunca he ido” H1

La duración final de la entrevista fue de 25 minutos.

Ante las preguntas formuladas, las respuestas, fueron variadas y abundantes. Aquí presentamos una muestra de las más significantes:

### **¿Qué pensáis sobre los remedios caseros? ¿Sirven para algo?**

#### **¿Pueden sustituir a la medicina científica?**

Todos los participantes excepto uno apoyaban la utilización de remedios caseros:

*“Eso muchas veces hace más [silencio] los remedios esos caseros que las medicinas” H1*

*“A lo mejor te curan igual, pero no te tienes que meter ahí medicinas y toa la historia” M2*

*“Sirve también según, a lo mejor alguien tiene un cáncer, la medicina popular no te cura un cáncer, pero un constipao te lo alivia” M3*

#### **¿Quién os llevó por primera vez al curandero?**

Aquellos que recurrieron a los curanderos, fue por decisión de sus madres, excepto en uno de los casos que manifestó haber acudido con su abuela.

*“Mi madre, fue y me llevó porque probó ella y le gustó” H3*

*“De pequeño, estaba malo, y no se me quitaba, y me llevó mi madre como última solución, y se me pasó” H4*

#### **¿Por parte de quién habéis aprendido estos remedios?**

En todos casos, la transmisión de conocimien-

tos había seguido la línea materna.

*“Eso va ya de tradición, de las abuelas” H3*

*“Igual que tú, si tienes fe en esos remedios, se lo dirás a tus hijos y ellos a tus nietos” H1*

### **¿Qué remedios caseros de los cuidados de la piel conocéis?**

Los participantes expusieron los remedios que conocían:

Cuidados de las verrugas:

*“Por ejemplo, para quitarte las verrugas, las babas de caracol, pasártelas por donde tengas la verruga” H3*

*“Hincar una aguja en un limón y tirarlo al tejaio hasta que se seque” H3*

*“Una patata, restregarla y tirarla” H1*

Cuidados de los sabañones:

*“Llevar un nabo en el bolsillo para los sabañones” M3*

Hidratación de la piel:

*“Para las manos, aceite con limón y sal, como si fuera crema de manos” H1*

Cuidados del acné:

*“Frotarte medio tomate sobre un grano ciego, acaba reventándote” H3*

Cuidados de la psoriasis:

*“Para la psoriasis, una crema que me dio la curandera, que tenía pinta como el cacao de los labios, el mismo color y to” M3*

Cuidados para el herpes simple:

*“El herpes, me lo quitó la curandera, con una crema que tenía ella en una semana” M3*

*“Ponerse agua y jabón en los labios” H2*

También hicieron referencias a otras patologías:

*“Para el dolor de cabeza, te pones una castaña debajo de la almohada, y al día siguiente se te quita” H1*

*“Pa las almorranas, una hoja de laurel colgá al cuello” H2*

*“Cuando tienes tos, pones un trozo de cebolla en la mesita de tu habitación”.M2*

*“La curandera me ponía una moneda de 500*

*pesetas de antiguamente en el menisco, enrolló cuando tenía los dolores de rodilla” H3*

*“Cuando estaba mal de la barriga, me decía que me tomara cola sin gas”. H2*

*“En la planta de los pies, una moneda por si tienes los pies planos” H2*

## DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos apuntan a que hoy en día, el uso de los remedios populares está presente en la vida cotidiana de los jóvenes de esta localidad.

Al igual que en estudios anteriores (Gandía 2007, Domínguez 2003), corroboramos que la sucesión de conocimientos ha sido por parte materna, pero sin distinción de género, es decir, la difusión ha sido equitativa para ambos sexos, lo que hace variar el patrón de transmisión nombrado anteriormente. Tanto hombres como mujeres, han demostrado adquirir los mismos conocimientos a lo largo de su vida, coincidiendo en que cuando eran pequeños hicieron uso de ellos por decisión de sus progenitores y ahora por sí mismos.

Los entrevistados nos mostraron sus conocimientos sobre los remedios utilizados para los problemas de la piel más comunes además de otras enfermedades. Algunos coincidieron en sus respuestas, pero la diversidad de ellas estaba asegurada ya que cada uno había adquirido esos conocimientos por diferentes familiares.

Muchos de estos remedios son de fabricación casera e incluso ellos mismos los han elaborado en alguna ocasión, pero también tienen conocimiento de los remedios usados y propuestos por los curanderos.

En los trabajos realizados por Gandía (2000, 2007) los problemas presentes en nuestro estudio coinciden con los hallados en su trabajo, existiendo discrepancias entre la cantidad de conocimientos usados por nuestros informantes y los de él, siendo más abundantes en la población adulta. Por lo que al menos en nuestra muestra de jóvenes estudiados, se observa una pérdida de información en la transmisión de conocimientos entre generaciones.

La mayoría de los entrevistados, expresa su confianza, y preferencia en cuanto a los remedios tradicionales, siempre y cuando la enfermedad sea

leve, pero manifiestan que prefieren acudir a la medicina científica cuando la enfermedad se torna más grave.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecerle a la profesora M. Flores Vizcaya todo su tiempo dedicado a instruirnos sobre la investigación cualitativa y a su apoyo a la hora de animarnos a realizar este artículo.

También agradeceré al profesor J. Mario Domínguez y a Eleuterio Gandía, por facilitarnos el acceso a sus investigaciones acerca de este campo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Briones R. Creencias y salud: curanderos y prácticas sanatorias. Universidad de Granada. Ponencia.
- De Graça M. El camino de las plantas medicinales (estudio etnobotánico).
- Domínguez J.M. (2003) El sistema de creencias y valores relacionados con el continuum salud/enfermedad/atención en tres generaciones de mujeres de la misma familia en línea matriarcal en la comarca de L'Alcoiá. Memoria de suficiencia investigadora del programa de doctorado en Antropología Biológica y de la Salud. Universidad de Alicante.
- Gandía E. (2000). Sistema de creencias y prácticas ligadas a la salud en la ciudad de Villena (Alicante)/ Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- Gandía E. (2007) Cuidados de la salud en el ámbito familiar y doméstico: un rol de género. Remedios tradicionales usados en Villena (Alicante) /Feminismos/, 10, diciembre 2007.
- Reviriejo C. (2000) Medicina popular y espiritismo (estudio en el valle del Vinalopó). Madrid. ISBN: 84- 7784- 186- 1 Ed. Abeco iniciativas, S.L.

## ANEXO I

### CUESTIONARIO PERSONAL

SEXO:        HOMBRE                    MUJER

EDAD: .....

ESTUDIOS: .....

1) ¿Has acudido alguna vez al curandero?

- a) Sí
- b) No

2) Si no has ido nunca a un curandero, ¿irías alguna vez?

- a) Sí
- b) No

## PERFIL DOS HOMENS FORMADOS NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (1950-1990)

<sup>1</sup> Kleber de Souza Costa <sup>2</sup> Genival Fernandes de Freitas

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil



### PROFILE OF THE MEN FORMED (TRAINED) IN THE NURSING SCHOOL OF UNIVERSITY OF SAO PAULO (1950-1990)

#### ABSTRACT

Several authors point out that the male presence in nursing has been significant at certain times and historical contexts, or they were driven by religious piety and charity, or were taken by military obedience to superior orders or requirements of war. Because of this, we highlight the importance of studies on gender in nursing, how to identify and analyze what men were graduates of the School of Nursing at USP, in the period 1950 to 1990. As material and method, it is notable that the data was collected after obtaining the opinion of the Ethics in Research of EEUSP, being used for this purpose, an instrument previously developed and information was obtained through the formulary of graduated students at the

Service of Graduation of EEUSP, enabling thus raising socio-demographic data on the target population of the study, with respect to nationality, ethnicity, religion, marital status, considering also proportionality between men and women graduated from that school. The parents of graduated students were identified with data on educational level and profession. The study provided a better understanding of the profile of the population and revealed a great disproportion in the gender issue in nursing, because the majority of the graduates of this school are women, which is part of the phenomenon of the feminization of nursing, from the consolidation the paradigm of modern nursing.

**Key words:** History of Nursing, Men, Culture of Care.

### PERFIL DE LOS HOMBRES FORMADOS EN LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN PAULO (1950-1990)

#### RESUMEN

Varios autores señalan que la presencia masculina en la enfermería ha sido importante en ciertos momentos y contextos históricos, ellos fueron impulsados por la religiosidad y la caridad, o fueron militares tomados por la obediencia a las órdenes superiores o los requisitos de la guerra. Se destacó la importancia de los estudios sobre el género en la enfermería, teniendo el presente estudio los objetivos de identificar y analizar cuales fueron los hombres egresados de la Escuela de Enfermería de la USP, en el período 1950 a 1990. Como material y método, cabe señalar que los datos fueron recogidos después de obtener el

parecer del Comité de Ética en Investigación de la EEUSP, siendo utilizados para este fin, un instrumento desarrollado previamente y se obtuvo las informaciones a través de las hojas de entrada antiguos alumnos junto al Servicio de la Graduación de la escuela mencionada, lo que permitió elevar los datos socio-demográficos sobre la población objeto del estudio, con respecto a la nacionalidad, etnia, religión, estado civil, considerando también la proporcionalidad entre hombres y mujeres que se graduaron de la escuela. Los padres de antiguos alumnos estudiados fueron identificados con los datos sobre el nivel educativo y profesión. El estudio proporcionó una mejor comprensión del perfil de la población y reveló una gran desproporción en la cuestión del género en enfermería, ya que la mayoría de los graduados de esta escuela son mujeres, que es parte del fenómeno de la feminización de la enfermería, de la consolidación del paradigma de la enfermería moderna.

**Palabras clave:** Historia de la Enfermería, Hombres; Cultura de los Cuidados.

## RESUMO

Diversos autores pontuam que a presença masculina na enfermagem foi significativa em determinados momentos e contextos históricos, estes ou eram religiosos movidos pela devoção e caridade, ou eram militares levados pela obediência às ordens superiores ou necessidades bélicas. Devido a este fato, destaca-se a importância de estudos sobre o gênero em enfermagem, tendo como objetivos identificar e analisar quais foram os homens egressos da Escola de Enfermagem da USP, formados no período de 1950 a 1990. Como material e método, ressaltou-se que a coleta de dados ocorreu após a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, sendo utilizado, para tanto, um instrumento previamente elaborado e as informações foram obtidas por intermédio das fichas de ingresso de ex-alunos junto ao Serviço de Graduação da referida Escola, possibilitando, desse modo, o levantamento de dados sócio-demográfico relativos à população alvo do estudo, no que tange à nacionalidade, etnia, religião, estado civil, considerando-

se, também, a proporcionalidade entre homens e mulheres formados nessa Escola. Quanto aos pais dos ex-alunos estudados, foram identificados dados relacionados ao grau de instrução e profissão. O estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre o perfil da população e revelou uma grande desproporcionalidade na questão do gênero em enfermagem, pois a maioria absoluta dos egressos desta Escola é composta por mulheres, sendo este parte do fenômeno da feminização da enfermagem, a partir da consolidação do paradigma da enfermagem moderna.

**Descritores:** História da Enfermagem, Homens, Cultura dos Cuidados.

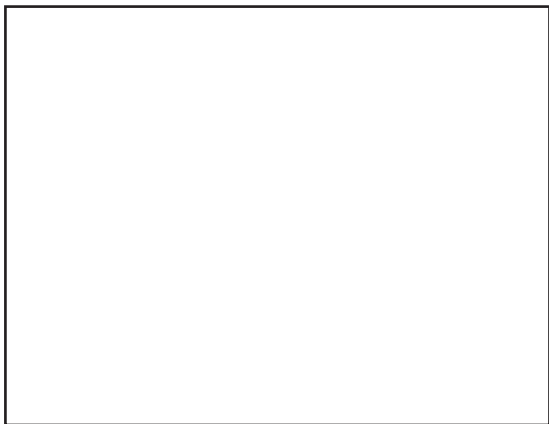
## INTRODUÇÃO

A presença masculina na enfermagem foi significativa em determinados momentos e contextos históricos, como destacam alguns autores o fato de que a enfermagem era considerada uma ocupação masculina outrora. (Vestal, 1983; Oguisso, 2007). Em tempos de guerra, epidemias ou calamidades, homens cuidavam dos doentes e dos feridos.

Segundo Paixão (1951) e Vargens (1989), a história da enfermagem é rica em citações sobre homens que significaram marcos importantes na evolução da enfermagem como profissão, mas estes ou eram religiosos movidos pela devoção e caridade, ou eram militares levados pela obediência às ordens superiores ou necessidades bélicas, ou mesmo médicos na busca de auxiliares para o seu trabalho.

O homem aparece, então, na enfermagem, em decorrência da grande influência das ordens religiosas e militares, pela necessidade da força física nas áreas da psiquiatria e ortopedia ou por outro motivo como a separação dos pacientes em enfermarias, conforme o sexo, ou seja, era necessária a presença masculina na enfermagem para atender a urologia. Desse modo, percebe-se a importância do aspecto cultural na assistência, o que poderá ter influenciado na manutenção da figura do homem na enfermagem para tratar dos doentes do mesmo sexo. (Pereira, 1991).

Durante muito tempo, a História, como a história de todos os homens (essencialmente política,



vista de cima e escrita por grupos hegemônicos secularmente instituídos, oriundos do velho mundo) caracterizava a única possibilidade de verificação do passado. Hermeticamente fechada, sua escrita identificava como históricos somente grandes feitos realizados por homens ilustres, auto-intitulados condutores da história. Os inominados (mulheres e homens comuns) eram considerados pouco interessantes para a história. Assim, não merecendo a atenção dos historiadores, esses sujeitos comuns eram relegados, excluídos ou postos à margem por assumirem posições consideradas inferiores.

No Brasil, a escrita de uma história menos generalizante, valorizada muito mais pelo modelo teórico-filosófico em detrimento das experiências humanas, aconteceu sob o signo da interdisciplinaridade. Em consonância com outros países, a produção historiográfica nascida da recusa de uma história tradicional, preconizava que historiadores, ao escrever a história, não poderiam privilegiar o grande tempo dos acontecimentos, selecionar fatos considerados relevantes (fundados no econômico) e escrever uma história generalista, esquemática.

Para tanto, era preciso escrever uma história a contrapelo, que narrasse experiências vividas por homens e mulheres, seus feitos, sua cotidianidade, como propunham os historiadores ingleses ligados a “new left” ou os franceses da “nouvelle histoire”. Os movimentos de historiadores interessados na ampliação do universo de análise e de referência histórica contribuíram, nesse sentido, ao conquistar novos objetos, novas abordagens e problemas de investigação acerca das experiências humanas, ampliando, sobremaneira, o ofício do historiador.

Neste processo de consolidação para uma nova história, as mulheres foram assumindo um papel de destaque na sociedade e nas profissões. Sendo assim, no bojo das transformações da história das mulheres destituíram-se limites que encerravam o passado e as pessoas que dele participaram na esteira das ações masculinas, quase nunca mencionadas pela historiografia dominante; até então, as mulheres eram consideradas subalternas, diminuídas em suas ocupações e afazeres até pouco antes à época em que se detinham às atividades do recôndito doméstico.

A mulher assumiu lugares diversos, destacando-se no âmbito social. Contudo, sua participação no processo histórico sofreu (e ainda sofre) imposições da dominação masculina. Exemplar, nesse sentido, é a profissionalização da enfermagem. A história da enfermagem moderna revela forte influência da dominação masculina na construção histórica da arte e ciência do cuidado: as enfermeiras eram simbolicamente identificadas como dóceis, frágeis, carinhosas e abnegadas (exaltando a fragilidade e vulnerabilidade feminina, ao mesmo tempo em que representava o hospital como extensão do lar), como “religiosas sem o hábito”. Com isto, há um enaltecimento da idéia de submissão como inerente à condição feminina, ou ainda como grande mãe, que é representação erigida no seio dos grandes conflitos bélicos que assolaram o século XX. Assim, mesmo reconhecidos, os lugares assumidos pelas mulheres reiteravam estereótipos que as sub-julgavam (Oguisso, 2007).

Ainda que perpassada por pré-conceitos, é possível afirmar que a profissionalização da enfermagem teve papel preponderante na emancipação feminina. Todavia, ao reiterar a ação do cuidado a partir das qualidades da feminilidade (nem sempre compatíveis e aceitáveis pelas mulheres, sobretudo as que negam a natureza) a profissionalização e o modelo proposto originalmente por Florence Nightingale (1820-1910) implicava, na verdade, em construções discursivas que, em última instância, visavam controlar e esquadriñar as mulheres; como nos relata Élizabéth Badinter em seu livro “O Mito do Amor Materno (Oguisso, 2007; Porto, Amorin, 2007).

A história da enfermagem sugere muitos questionamentos, alguns ainda sem respostas. A femi-



nilização do cuidado é um dos problemas que passam a historiografia sobre o tema, que raramente considera o período pré nightingaleano. Quando reconhecido, enaltece a marginalização das cuidadoras, as quais eram vistas como prostitutas, delinquentes ou prisioneiras, não abarcando a presença negra ou masculina (amas, babás, monges, pastores, soldados, padres, religiosos), tampouco manifestações culturais assentadas na prática da cura e do que hoje identificamos como assistência (Abrão, Almeida, 2007).

Esse pano de fundo introdutório nos possibilita problematizar a questão do gênero em enfermagem, a partir da seguinte indagação: Qual a relação numérica entre homens e mulheres egressos da Escola de Enfermagem da USP, tendo em vista o fato de que essa Escola se insere em contexto de profissionalização da enfermagem moderna e no bojo do movimento de feminilização dessa profissão? Para responder a essa indagação, faz-se necessário recrudescer os estudos históricos acerca da enfermagem como um campo legítimo da formação profissional.

O objeto desta pesquisa é o cotidiano dos homens na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), no período de 1950 a 1990. Foi definido como marco inicial do estudo o período posterior à vigência da Lei 775/19496, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil. Este período foi marcado por diversas transformações no setor político e econômico do país. O ano de 1950 foi caracterizado pelo retorno de Getúlio Vargas à presidência que, com apoio popular, criou empresas estatais e monopolistas, que atuavam em todas na área de infra-estrutura como: petróleo, eletricidade e siderurgia. (Ministério da Saúde, 1974).

Segundo Caldeira, Carvalho, Marcondes, Paula (1997), no âmbito da saúde, Vargas sancionou, em 1953, a Lei 1920, que criou o Ministério da Saúde, ao qual foram transferidos todos os órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, sendo, então, desmembrados os que exerciam atividade em comum.

Em 1954, o avanço do Estado na economia passou a gerar fortes reações contra o presidente. Tal revolta não conseguiu derrubá-lo do poder, mas após o atentado sofrido por Carlos Lacerda, um de

seus maiores opositores, Vargas teve seu cargo abalado, preferindo o suicídio à renúncia.

No ano seguinte, Juscelino Kubitschek foi eleito presidente, sendo seu governo pautado em um Plano de Metas, em que estavam definidas as prioridades e identificados os pontos críticos a serem superados com urgência, além da construção de uma nova capital na região central do país. O país cresceu consideravelmente durante o governo de Juscelino, pois foram anos de otimismo, embalados por altos índices de crescimento econômico (Fausto, 2000).

Este último autor menciona que a Lei 775/1949, que regulamentou o ensino de enfermagem no país, constituiu-se em um marco na história da enfermagem brasileira e encerrou a vigência do Decreto 20.109/1931 que concedia à Escola de Enfermagem Anna Nery, o privilégio de constituir-se como “padrão oficial” para as demais escolas de enfermagem brasileiras (Fausto, 2000).

Segundo Certeau (2005), o alcance do conhecimento em relação às práticas cotidianas, as quais estão na dependência de um grande conjunto, não é uma tarefa de fácil delimitação. Assim, o presente estudo busca resgatar a memória da cotidianidade de homens egressos da EEUSP, por intermédio do acesso aos registros e fontes documentais, em especial as fichas dos ex-alunos nos arquivos do Serviço de Graduação da referida instituição de ensino superior.

A justificativa para a consecução deste estudo representa uma contribuição à pesquisa institucional e porque permite a (re)construção da história dessa escola. Assim, as produções de novos conhecimentos sobre a trajetória histórica da EEUSP e a inserção do homem nesse processo sinalizarão para outros estudos em História da Enfermagem a serem desenvolvidos por alunos de graduação e pós-graduação. E, na medida em que “a memória coletiva, além de uma conquista, é também um instrumento e um objeto de poder”. Por conseguinte, a presente investigação pretende contribuir para a visibilidade à missão de formação e capacitação de gerações de enfermeiros e enfermeiras, imprimindo uma tônica característica à identidade social dessa Escola.

O presente estudo tem como objetivos identificar e analisar os homens formados na Escola de



Enfermagem da Universidade de São Paulo, no período de 1950-1990, segundo o ano de formados, estabelecendo relação de proporcionalidade entre os egressos homens e mulheres formados nessa escola.

## MATERIAL E MÉTODO

Após a concessão do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização da Diretora da EEUSP, procedeu-se à coleta de dados sócio-demográficos, utilizando-se instrumento específico para identificar os homens egressos da Escola, no período delimitado para essa investigação. Para tanto, foram agendados várias reuniões de trabalho junto ao Serviço de Graduação, a fim de, gradativamente, ir-se coletando cada informação. Assim, foi levantada cada ficha dos ex-alunos junto ao Serviço de Graduação, o qual dispõe dos registros do ingresso à conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem. Esse serviço é responsável pela matrícula do aluno, controle de frequência, dentre outras atribuições. Também possui dados concernentes aos alunos, tais como: endereços, telefones, fotos, documentos, assinaturas e avaliações de alunos e ex-alunos. Após o preenchimento do instrumento mencionado, procedeu-se à sistematização dos resultados por meio do programa Excel, sendo, em seguida, confrontados e analisados os resultados. Cabe pontuar que nesse percurso, a historiografia existente que trata dos ex-alunos formados nessa escola, o livro da Profa Dra. Amália Correa de Carvalho elencou turmas e nomes de ex-alunos. Com essas informações, buscou-se o apoio do Conselho Regional de Enfermagem, que forneceu os dados para localização dos enfermeiros formados nesse período, com o intuito de realização de um futuro projeto de investigação com a utilização de entrevistas com aqueles enfermeiros que se dispuserem a participar de um banco de dados sobre os homens formados nessa instituição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados nos possibilitaram conhecer o perfil sócio-demográfico da população estudada. O gráfico, a seguir, mostra a distribuição dos homens que se formaram na EEUSP, no período de 1950 a 1990, em relação às seguintes variáveis: nacionalidade, etnia, religião, estado civil, considerando-se,

também, a proporcionalidade entre homens e mulheres formados nessa Escola em diferentes décadas. O gráfico seguinte pontua a distribuição da população por décadas.

Na década de 1950, formaram-se 5 homens na EEUSP; na década seguinte, foram 4; na década de 70, foram 14 e na subsequente, foram 13, chegando a um total de 36 enfermeiros formados no período estudado, o que representa menos de 1 enfermeiro formado / ano (Gráfico 1).

A variável que será apresentada e discutida, a seguir, refere-se à origem étnica da população estudada. Há quem considere que desconhecemos as etnias, em especial a etnia negra, que abriram as trilhas da profissão da enfermagem e como isto foi feito, pois, também, é desconhecida a história de vida de mulheres e homens negros no que se refere à vocação, à ascensão social (ou não) e às relações étnicas no âmbito da profissão da enfermagem e do sistema de saúde. (Cruz, Sobral, 1995).

De um total de 36 homens formados na EEUSP, no período já mencionado, percebe-se que a grande maioria de enfermeiros formados se declarou pertencente à etnia branca (31); 2 enfermeiros declararam pertencerem à cor morena; 2 outros têm cor amarela (descendentes de orientais) e apenas 1 enfermeiro se declarou ser negro. Consta-se, portanto, que a acessibilidade de pessoas que se declararam não brancas ao curso de enfermagem da EEUSP, no período estudado, é significativamente baixa (Gráfico 2).

Segundo Werneck, Vieira (2009), uma análise comparativa dos censos brasileiros, demonstra que a população amarela decresceu, no período de 1940 a 2000, da ordem de 0,6% (242.319) para 0,4% (716.583). No censo de 1940, não havia classificação para indígenas, porém em 2000, essa classificação estava presente e correspondia, na época, a aproximadamente 0,4% da população brasileira. A região nordeste concentrava, em 1940, a maior proporção de negros do país (19,6%), sendo mantida essa liderança em 2000, apesar de a proporção ter caído para 7,7%. A região Sul concentrava 89,4% dos brancos em 1940 e 83,6% em 2000. O aumento dos pardos ocorreu em todas as regiões.

Nota-se que a quantidade de solteiro é bem

maior que a de casados, sendo de 35 solteiros e 1 único casado, no total de homens que ingressaram no curso de enfermagem da Universidade de São Paulo, no período estudado. A média da idade dos homens ao ingressarem na EEUSP foi em torno de 23 anos. Estima-se que com as mulheres, a média da idade, ao ingressarem na mesma escola é mais baixa, em torno de 18 anos (Gráfico 3).

Em relação à escolha religiosa declarada pela população estudada, percebe-se que a maioria dos enfermeiros se declarou católico. Nesse sentido, a população brasileira era considerada católica por muitas décadas. Entretanto, esse perfil da população, em geral, modificou-se, tendo em vista vários fatores, dentre os quais a questão religiosa entre Estado e Igreja no contexto da Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889. Assim, a separação Igreja e Estado aconteceu devido ao fato da união entre o trono e o altar, que estava prevista na Constituição de 1824, ser ponto de discórdia e conflito entre as correntes de pensamento da época, pois cabia ao Estado nomear os sacerdotes e pagar suas despesas; portanto, na prática, as bulas papais teriam efeito somente se o Imperador assim o permitisse.

Podemos perceber que a única religião declarada foi católica. Cabe ressaltar que a ficha de admissão dos estudantes na Escola foi modificada no tópico concernente à opção religiosa, em 1977. Portanto, esse dado não pode ser mais obtido a partir daquela data, sendo essa a justificativa, para o número exacerbado de “não informantes” (Gráfico 4).

Segundo o senso do IBGE, o Brasil apresentou uma diminuição da porcentagem dos católicos, de 83,8% (1991) para 73,8% (2000); em números absolutos, os católicos aumentam de 121,8 milhões (1991) para 125 milhões, no ano de 2000. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

O Brasil é constituído por uma federação de 26 Estados e um Distrito Federal, com 5 regiões distintas e 8,5 milhões de quilômetros quadrados<sup>13</sup>, aproximadamente. Esta distribuição geográfica continental propiciou certas desigualdades e diversidades culturais no país, inclusive no que tange à questão do acesso à formação universitária, sendo algumas regiões como a sudeste, na qual se insere o Estado de São Paulo, uma das mais desenvolvidas, industrial e economicamente.

Quanto à variável procedência dos homens egressos da EEUSP, percebe-se que há uma predominância daqueles provenientes da região sudeste, a mais rica economicamente no país, na qual se localiza a EEUSP, mais especificamente o Estado de São Paulo. Assim, os achados mostram que a maior parte dos enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no período estudado, é proveniente do Estado de São Paulo (72,3%) de um total de 36 enfermeiros. Esta constatação pode estar relacionada ao fato da EEUSP localizar-se na região sudeste, o que propicia a opção por essa instituição devido a proximidade espacial em relação aos sujeitos pesquisados. Em contrapartida, outros enfermeiros são provenientes de Estados como Amazonas (1), Bahia (1), Santa Catarina (2), Paraíba (1), Rio Grande do Sul (1), além de estrangeiro, advindo de Portugal, por ser um país, também, de língua portuguesa e, finalmente, três enfermeiros são provenientes de Minas Gerais, o que é compreensível dada a proximidade com o Estado de São Paulo (Gráfico 5).

Do total de 36 enfermeiros formados na EEUSP no período, 12 deles responderam que ajudavam no sustento da família, à época de ingresso ao curso na nessa instituição (referindo colaborarem no sustento da mãe, de irmãos e/ou esposa); 2 deles eram auxiliares de enfermagem. Outras 9 pessoas não tinham esse tipo de responsabilidade, ou seja, não eram “arrimos de família”. A maioria não forneceu informação sobre este tópico, porque talvez não lhes tenha sido indagado, o que nos leva a inferir que é devido à exclusão desta pergunta na ficha de ingresso do candidato ao curso de enfermagem, o que teria acontecido no ano de 1977, ao ser excluído essa pergunta na referida ficha.

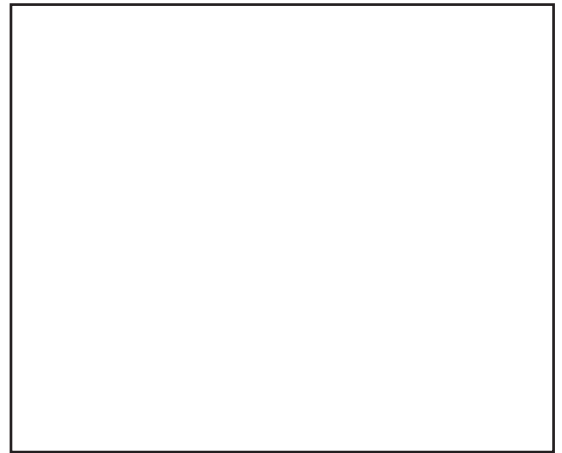
Cabe pontuar que 3 enfermeiros declararam que dispunham de recursos financeiros pessoais para custear as próprias despesas, pois já trabalhavam na época do ingresso na EEUSP; 4 enfermeiros requereram bolsas de estudos durante a graduação; 3 pessoas foram sustentadas financeiramente pela ordem religiosa a que pertenciam (pois eram religiosos) e 4 pessoas disseram que foi a família quem os sustentou durante a graduação. Do total de homens formados na EEUSP, no período, foram identificadas 21 situações de não informação sobre esta variável, provavelmente pelo motivo pontuado anteriormente, qual seja a

exclusão deste tipo de pergunta na ficha de admissão.

Considerando-se a natureza jurídica de instituição pública de ensino superior, a Universidade de São Paulo, e particularmente, a Escola de Enfermagem, não havia a obrigatoriedade de pagamento de mensalidades pelos estudos. Percebe-se, outrossim, que a maioria dos entrevistados não possuía recursos financeiros para se sustentar, o que revelou a dependência econômica em relação aos pais ou parentes próximos (como irmãos) ou outros (como ordem religiosa a que pertenciam). Neste último caso, foram 3 entrevistados que manifestaram tal situação, pois à época da realização do curso de bacharelado em enfermagem na EEUSP eram pessoas ligadas a uma determinada ordem religiosa, que os sustentava financeiramente e não precisavam trabalhar para se manter. Um fato importante que levava o a ser sustentado por alguém, era (e continua sendo) o fato do curso de enfermagem da EEUSP ser integral (das 8 as 18), por isso a dificuldade de se trabalhar e fazer a faculdade concomitantemente.

A maioria dos enfermeiros participantes dessa investigação tinha pais brasileiros (53); outros eram filhos de pais de origem japonesa (4), de origem libanesa (2), bem como eram portugueses (3) ou italianos (2). Deste total, 4 homens e 3 mulheres (mães) eram falecidos. Observou-se que apenas 1 pessoa não havia informado sobre a nacionalidade dos pais (Gráfico 6).

No Brasil, o auge da imigração internacional ocorreu entre 1891 e 1900, associado principalmente ao fluxo europeu no pós-guerra. O censo de 1940 revelou a presença de 1,406 milhão de estrangeiros (3,4 % da população brasileira). Sessenta anos depois, o Brasil tinha 683,8 mil imigrantes residentes. A proporção que inclui estrangeiros e naturalizados, caiu para 0,4% da população. De 1880 a 1930 chegaram ao País cerca de 5 milhões de imigrantes. De 1950 a 1959, 203,4 mil pessoas vieram para o País, quase metade (43,6%) saída da Europa. O Censo de 2000 mostrou que 495 (9%) dos 5.507 municípios brasileiros tinham japoneses, principalmente em São Paulo e no Paraná; e que 6,1% tinham portugueses, especialmente Rio e São Paulo. O Sudeste alcançou quase o dobro da média nacional na proporção de estrangeiros que escolheram o País para morar antes do censo de 1940. O



maior peso foi dado pelo Estado de São Paulo, que desde o fim do século 19 atraiu grande quantidade de imigrantes europeus. O Nordeste praticamente não atraiu imigrantes até 1940. (Werneck, Vieira, 2009).

Outra variável pesquisada refere-se ao grau de instrução dos pais dos enfermeiros estudados. Os resultados revelaram que a maioria dos pais dos 36 homens formados na EEUSP, no período, tinha grau de instrução primária (total de 24); 6 pais possuíam o ensino médio e apenas 1 realizou o ensino superior. Do total de sujeitos investigados, 5 não haviam informado o grau de instrução dos pais ou se estes eram falecidos. Podemos inferir que para a maioria das famílias dos enfermeiros alvo desse estudo, o fato do filho graduar-se em enfermagem era uma ascensão social, uma vez que vinha de uma família onde o pai, em sua maioria era de instrução primária, sendo um avanço do ensino primário dos familiares para o superior.

Quanto às mães, a maioria destas possuía a instrução primária (29 do total); sendo 3 delas de nível educacional médio, ou seja, possuíam o que corresponde, atualmente, ao 2º grau. Apenas 1 pessoa não era alfabetizada e 3 enfermeiros não informaram sobre o grau de instrução de suas mães na ficha de ingresso ao curso de enfermagem ou estas eram falecidas à época. Com isso, a maioria dos enfermeiros egressos desta Escola de Enfermagem, no período delimitado na presente investigação, era proveniente de famílias com baixo nível de escolaridade. Portanto, esse resultado revela que a procedência familiar, em geral, da população estudada, reflete um ambiente com baixa escolaridade

e a graduação em enfermagem pode representar uma maneira de ascender em níveis educacional e social.

Em relação à distribuição das atividades laborais dos pais dos enfermeiros formados, à época que estes ingressaram na EEUSP, os achados mostraram que a maioria exercia profissões que não necessitavam de uma escolaridade além do primário, à exceção de um pai que possuía o ensino superior (no caso, medicina); as demais profissões elencadas no estudo não requeriam sequer ensino médio na época. Quanto às mães, constatou-se que 28 delas eram donas de casa, o que sugere que na maioria das famílias, o homem era o provedor, economicamente. Entretanto, algumas mães tinham ocupações de costureira (1); professora (1) e a mãe de um deles era aposentada. Cabe pontuar que não foi informada a profissão de outras 5 mães nas fichas de ingresso na Escola.

Na década de 1950, o número de homens formados na EEUSP perfazia o montante de cinco para o total de 220 formados (5/220). Em termos proporcionais, observa-se que, em média, para cada enfermeiro que se graduava, formavam-se 44 enfermeiras.

Na década de 1960, o número de homens formados na EEUSP perfaz o total de quatro (4/310). Para cada enfermeiro que se formava, graduavam-se 77,5 enfermeiras. Na década seguinte, o número de homens formados na EEUSP perfaz o total de catorze (14/677). Para cada enfermeiro que se formava, graduavam-se, aproximadamente, 48 enfermeiras.

Na década de 1980, incluindo o ano de 90, o total de homens formados na EEUSP corresponde a treze (13/759). Para cada enfermeiro que se formava, graduavam-se, aproximadamente, 58 enfermeiras.

Ainda em relação à questão do gênero, o gráfico seguinte mostra a relação homem e mulher no que tange à EEUSP no período de 1950 a 1990.

O total de enfermeiros e enfermeiras formados (as), no período estudado perfaz o montante de 1966. Esse contingente engloba os formados em bacharelado em enfermagem e nas habilitações de enfermagem em centro cirúrgico, obstetrícia e saúde pública. Deste total, graduaram-se 36 homens nesse curso. Portanto, a média proporcional é de 1 enfermeiro para, aproximadamente, 54,6

enfermeiras (Gráfico 7).

Observa-se, portanto, uma desigualdade numérica significativa entre homens formados na EEUSP, em relação ao gênero feminino. Tal fato é constatável pelo comentário de um jornal da época, mais precisamente na década de 1940, da Faculdade de Medicina (FMUSP), acerca do ingresso de um rapaz no curso de Enfermagem da referida Escola de Enfermagem da USP. O texto do jornal trata o fato nestes termos:

“Congratulamo-nos com o sexo forte por ter, enfim, conseguido lançar uma cabeça de ponta na E.E.(fazendo menção à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), pois acaba de ingressar na mesma um moço (Homem, mesmo!!!). A notícia, como era de se esperar causou preocupações entre os galãs, namorados ou noivos e mesmo entre os neutros. Porém, a reportagem na sala 4048 acaba de apreçoar a seguinte notícia tranquilizadora: “o rapaz é distinto e 'externo'!!!” (upa!?!). K.K” . (Jornal O Bisturi, 1947).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Sauthier, Carvalho (1999), os estudos históricos podem corroborar para a compreensão da trajetória profissional, além da memória e da identidade da profissão da enfermagem, bem como as representações e significados que têm sido, socialmente, atribuídos ao enfermeiro e ao que ele faz. Assim, a história da enfermagem permite-nos desvelar transformações da profissão e compreender movimentos da construção / desconstrução e reconstrução do passado, na perspectiva do resgate e da preservação da memória coletiva.

A noção de que a história é algo velho, pronto e acabado está sendo superada por uma visão mais dinâmica do seu mister na re(construção) da memória ou do passado, ou melhor, das ações humanas, pois o próprio ser humano faz a história como agente de transformações. Ademais, a história pode ser vista como um instrumento de legitimação, sendo importante conhecê-la e analisar criticamente como se constrói a representação social de um determinado grupo social, (como é o caso da enfermagem), desvelando-se significados atribuídos à questão da presença masculina na enfermagem, bem como encarando mitos acerca dessa presença e o papel do homem no contexto dessa profissão.

Sendo assim, os resultados dessa investigação contribuíram para o resgate da memória da história da EEUSP, identificando o perfil sócio-demográfico dos homens formados nessa instituição. No que tange à discussão de gênero na enfermagem, novos horizontes de pesquisa poderão ser alargados, a fim de descortinar a identidade e memória dos homens e das mulheres, que de modo coletivo, constituem as reminiscências invocadas pelos profissionais egressos da profissão.

## BIBLIOGRAFÍA

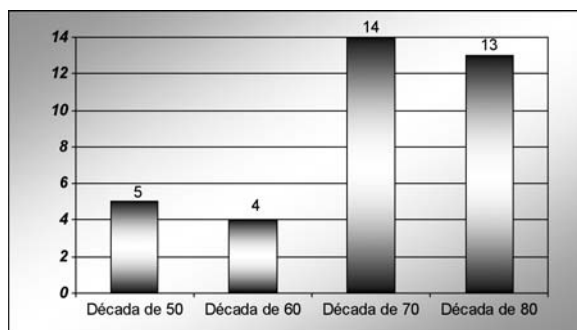
- Abrão FMS, Almeida MCP. (2007). Primórdios da enfermagem profissional na cidade do Recife - Pernambuco. Recife: Ed. Universidade de Pernambuco.
- Caldeira J, Carvalho F, Marcondes C, Paula SG. (1997). Viagem pela História do Brasil. 2ª ed. São Paulo. Brasil. Companhia das Letras.
- Certeau M. (2005). A Invenção do Cotidiano. Brasil. 11ª ed. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes.
- Cruz ICF, Sobral VRS. (1995). Nem Ladies, nem Nurses: Sinhazinhas e Mucamas. Por uma re-visão da história da enfermagem brasileira (e do Sistema de Saúde). Trabalho apresentado na IV Semana Científica de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Niterói. Brasil e 8º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE).
- Fausto B. (2000). História do Brasil. São Paulo. Brasil. Universidade de São Paulo.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico do ano de 2000 - Características Gerais da

População: Resultados da Amostra. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default\\_censo\\_2000.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm) Consultado em 5/10/2009.

- Jornal "O Bisturi". N. 49, Ano XV, São Paulo, abril de 1947. Na Escola de Enfermagem. Museu Carlos Lacaz - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.
- Ministério da Saúde (BR) Enfermagem: Legislação e Assuntos Correlatos. (1974). 3ª ed. Rio de Janeiro. Brasil.
- Oguisso T. (2007). Trajetória histórica e legal da enfermagem. São Paulo: Brasil. Manole.
- Paixão W. (1951). Páginas da história da enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Universidade do Brasil.
- Pereira A. (1991). Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. Acta Paul Enferm; 4 (2/4): 49-54
- Porto F, Amorim W. (2007). História da enfermagem brasileira. Lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Ed. Águia Dourada.
- Sauthier J, Carvalho V. (1999). A Missão Parsons: documentos históricos da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro - 1922 a 1931. Rio de Janeiro. Brasil.
- Vargens OMC. (1989). O homem enfermeiro e sua opção pela enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil.
- Vestal C. (1983). Men nurses: Who needs them? Imprint; 30(2): 55-9.
- Werneck F, Vieira M. (2009). População está mais mestiça e evangélica. Publicado no Jornal O Estado de São Paulo. Disponível em [http://www.ccr.org.br/a\\_noticias\\_detalhes.asp?cod\\_noticias=753](http://www.ccr.org.br/a_noticias_detalhes.asp?cod_noticias=753)

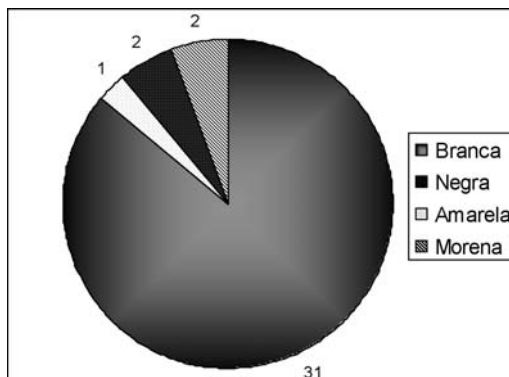
Consultado em 24/09/2009.

**Gráfico 1** - Distribuição dos enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90. São Paulo. 2009.



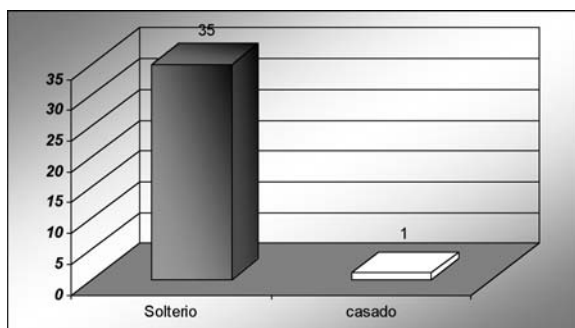
Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

**Gráfico 2** - Distribuição do contingente de enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90, segundo a etnia. São Paulo. 2009.



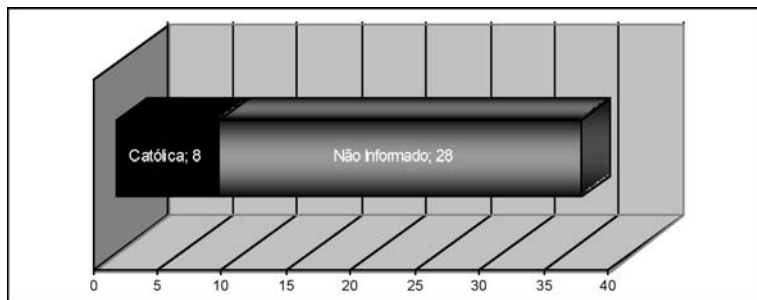
Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

**Gráfico 3** - Distribuição do contingente de enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90, segundo o estado civil à época da admissão no curso de enfermagem. São Paulo. 2009.



Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

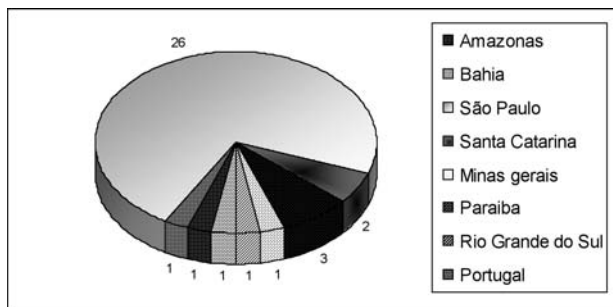
**Gráfico 4** - Distribuição do contingente de enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90, segundo a escolha religiosa à época da admissão no curso de enfermagem. São Paulo. 2009.



Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

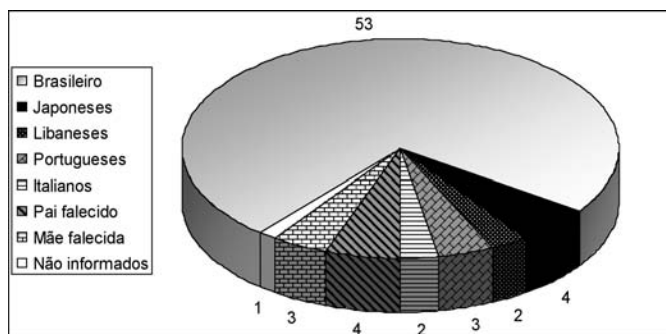


**Gráfico 5** - Distribuição do contingente de enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90, segundo a procedência à época da admissão no curso de enfermagem. São Paulo. 2009.



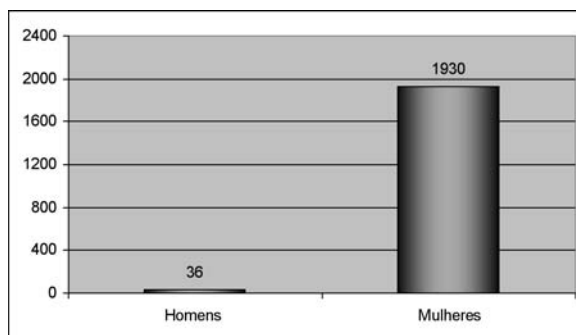
Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

**Gráfico 6** - Distribuição dos pais dos enfermeiros formados na Escola de Enfermagem da USP nas décadas de 1950 a 90, segundo a nacionalidade. São Paulo. 2009.



Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

**Gráfico 7** - Distribuição do número de estudantes formados na Escola de Enfermagem da USP relacionada ao gênero, nas décadas de 1950 a 90. São Paulo. 2009.



Fonte: Serviço de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2009.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CÂNCER DA MAMA E LINFONODO SENTINELA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA FACE À ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

Elaine Cristina Carvalho Moura<sup>1</sup>, Gerdane Celene Nunes de Carvalho<sup>2</sup>, Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Educação.

<sup>2</sup>Enfermeira do Programa de Saúde da Família no Município de Picos, Piauí.

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí, Brasil

updating and nursery care individual. Concluded that the sentinel node develops as qualitative change in the rehabilitation and women's recovery, deserving prominence the engagement of the health's team through which Knowledge are articulate in new Knowledge, resulting in benefits for the woman's health and, above all, opening a new area of actuation to Nurse "the nuclear nursing".

**Key words:** Sentinel Lymph Node Biopsy; Breast's Cancer; nursery care; health's team.

**ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN CÁNCER DE MAMA Y NÓDULO LINFÁTICO CENTINELA: UN ABORDAJE CUALITATIVO PARA EL EQUIPO DE SALUD**

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo analizar la asistencia de enfermería en el equipo de salud y las perspectivas en tratamiento del cáncer de mama para la detección del nódulo linfático centinela. Se trata de una investigación cualitativo-descriptiva con datos recogidos por medio de encuestas semi-estructuradas aplicadas a siete doctores y tres enfermeras, escogidos según la experiencia profesional en el tema, y discutido por la técnica del análisis de contenidos. Los resultados apuntaron que esta tecnología se constituye por fases y procesos que necesita de la intervención de una equipo de salud, exigieron de la enfermería planear, actualizar e individualizar su asistencia. Así el Nódulo Linfático Centinela desarrolla como cambio cualitativo un cuadro de rehabilitación y recuperación, lo destacado es el compro-

## NURSERY CARE IN BREAST'S CANCER AND SENTINEL LYMPH NODE: A QUALITATIVE APPROACH TO HEALTH'S TEAM

### ABSTRACT

The present study aims analyzes the nursery care on health's team and the perspectives in the treatment of breast's Cancer by detection of the sentinel node. Treated of a descriptive qualitative research with data picked up through route semi structured applied to seven doctors and three nurses, chosen according to the professional experience in the thematic in focus, and discussed by the analyzes of content technique. The results point that this technology is constituted by stages and process that need the intervention of a health's team specifically demanded a nursing planning,

miso del equipo de salud para articular un nuevo conocimiento, produciendo beneficios para salud de la mujer y abriendo un nuevo campo de actuación para la enfermera "la enfermería nuclear."

**Palabras clave:** Biopsia del Nódulo Linfático Centinela; Cáncer de mama; enfermería; equipo de salud.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a assistência de enfermagem em equipe multidisciplinar e as perspectivas no tratamento do câncer de mama pela detecção do linfonodo sentinela. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com dados coletados por meio de roteiro semi estruturado aplicado a sete médicos e três enfermeiras, escolhidos conforme a experiência profissional na temática em foco, e discutidos pela técnica de análise de conteúdo. Os resultados apontam que esta tecnologia é constituída por etapas e processo que necessitam da intervenção multidisciplinar exigido especificamente da enfermagem planejamento, atualização e individualização da assistência. Conclui-se que o linfonodo sentinela evolui como mudança qualitativa no quadro de reabilitação e recuperação de mulheres, merecendo destaque o engajamento multidisciplinar em saúde por meio do qual saberes são articulados em novos saberes, resultando em benefícios para saúde da mulher e, sobretudo, abrindo um novo campo de atuação para o enfermeiro "a enfermagem nuclear".

**Descritores:** Biópsia de Linfonodo Sentinela; câncer de mama; enfermagem; equipe multidisciplinar.

## INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer de mama acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional. Diante disso, torna-se um desafio para a ciência buscar novos métodos que contribuam para seu aperfeiçoamento com o intuito de minimizar essas conseqüências sem, no entanto, colocar em risco a vida dessas pacientes.

Os tratamentos introduzidos para o câncer de mama durante séculos obedeceram a princípios

Halstedianos\*. A partir de 1981, com os resultados dos estudos randomizados de Veronese, propôs-se novas abordagens de tratamento com preservação da mama. Atualmente, os estudos têm se direcionado para o status axilar (Vieira & Pádua, 2000). Essa nova concepção de tratamento fundamenta-se nas recentes pesquisas do linfonodo sentinela que se refere ao "primeiro linfonodo a ser acometido locorregionalmente em pacientes com câncer de mama, evolui rapidamente e com perspectiva real de, em pouco tempo, poupar pacientes de uma linfadenectomia desnecessária" (Pereira, 2003).

Para Xavier et al (2002) a importância do estudo do linfonodo sentinela fundamenta-se na perspectiva de que o estadiamento patológico da axila apresenta um importante valor prognóstico quanto à sobrevida e traz informações necessárias que influenciam diretamente nas indicações terapêuticas, aumentando a cura clínica. Nas pacientes em que o diagnóstico é feito em fase mais precoce, a probabilidade de comprometimento axilar é cerca de 30% para aquelas pacientes com axila clinicamente negativa, portanto, 70% destas pacientes serão submetidas a linfadenectomia axilar desnecessariamente" (Vieira & Pádua, 2000).

Em face da magnitude desta inovação técnico-científica no tratamento do câncer de mama é necessário que a equipe de saúde busque conhecimentos que esclareçam as vantagens do tratamento para as pacientes, visto que, a equipe envolvida deve apreender a dimensão científica do tratamento para intervir conforme a sua área de atuação.

Nessa perspectiva, o profissional de enfermagem deve estar apto a planejar a assistência baseando-se no procedimento realizado e na percepção do mesmo pelas pacientes.

O presente estudo acrescenta conhecimento à área, na medida em que fundamenta uma perspectiva tecnológica para implementação de cuidados de enfermagem à mulher submetida à cirurgia por câncer de mama na equipe multidisciplinar. Nesse sentido, busca responder à seguinte inquietação: Qual a relação existente entre a detecção do linfonodo sentinela e a assistência planejada de enfermagem na equipe multidisciplinar? Objetiva analisar as perspectivas no tratamento do câncer de mama pela detecção do linfonodo sentinela e relacionar essa prática com a assistência de enferma-

gem em equipe multidisciplinar. Parte-se da necessidade de “conhecer as indicações, limitações e reprodutibilidade desse novo método para sua aplicabilidade” (Galeb et al., 2000:110).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação qualitativa descritiva que se dividiu em dois momentos: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, e por fim uma pesquisa de campo. “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (Gil, 2002). A pesquisa documental baseou-se de fontes diversas voltadas para instituições privadas de saúde. A pesquisa de campo envolveu profissionais médicos e enfermeiros com experiências no tratamento do câncer de mama, utilizando a técnica do linfonodo sentinela. Foi realizada em Teresina, Piauí, onde o tratamento do câncer de mama pelo linfonodo sentinela era, à época, uma modalidade de tratamento exclusiva da rede privada de saúde.

Para a condução da pesquisa foram contempladas todas as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no qual foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - FACIME, localizado na cidade de Teresina-Piauí, sob número do protocolo 099/06, favorável a sua execução.

Os sujeitos da pesquisa foram sete médicos e três enfermeiros que atuam na modalidade de tratamento em estudo, totalizando dez sujeitos denominados respectivamente de M1 a M7 e E1 a E3. Dos médicos pesquisados, dois são nucleares, dois patologistas e quatro mastologistas. As enfermeiras atuam na área assistencial oncológica com experiência de três a quinze anos. Para efeito desse estudo, optou-se por priorizar os profissionais médicos e enfermeiras pela atuação nessa modalidade de tratamento.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido\*\*, os sujeitos foram entrevistados no período de março a abril de 2007, por meio de entrevista semi-estruturada. Os roteiros de entrevista foram organizados para coletar dados que respondessem a questão norteadora do estudo. Tendo como questões comuns: Quais as mudanças necessárias na equipe de saúde com a implemen-

tação da técnica do linfonodo sentinela? Quais os benefícios da identificação do linfonodo sentinela no tratamento do câncer de mama? As falas foram gravadas e transcritas com fidedignidade, resguardando, deste modo, o diálogo espontâneo.

Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, seguindo-se do reconhecimento para a codificação, que originou a categoria intitulada: “Câncer de mama, linfonodo sentinela e a assistência de enfermagem: um olhar para a equipe multidisciplinar” com suas respectivas subcategorias: Tecnologia e linfonodo sentinela: processo e etapas; Enfermagem e detecção do linfonodo sentinela: novas perspectivas no cuidar; Equipe multiprofissional e multidisciplinaridade na atenção a clientes submetidas ao tratamento do câncer de mama com pesquisa do linfonodo sentinela.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na subcategoria “Tecnologia e linfonodo sentinela: processo e etapas” referente a tecnologia implantada em câncer de mama na pesquisa do linfonodo sentinela no estado do Piauí obtive-se as seguintes respostas sobre o processo de detecção:

*Para a realização da pesquisa do linfonodo sentinela a paciente precisa ter um tumor em fase inicial e axila clinicamente negativa. (M2, M3, M4, M5)*

*O mais utilizado para marcação do linfonodo sentinela é o material radioativo tecnésio. (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7)*

*Pode ser utilizado para marcação do linfonodo sentinela o azul patente, porém ele apresenta desvantagens... (M3, M6, M7) Outra maneira de fazer a pesquisa do linfonodo sentinela é fazer simultaneamente o tecnésio e o azul patente... (M3, M7)*

*Após a marcação é realizada a cirurgia para sua retirada e a análise pelo patologista... (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7)*

Percebe-se nos depoimentos dos entrevistados sobre as etapas e processo de detecção do linfonodo sentinela como uma tecnologia confiável e com margem de segurança aceitável é necessário selecionar pacientes com tumores iniciais de mama e axila clinicamente negativa. Conforme outro depoimento:



*A pesquisa do linfonodo sentinela é realizado da seguinte maneira: você tem que selecionar as mulheres que tem indicação para fazer, são mulheres que tem lesões de mama menor que 3 cm e axila clinicamente negativa (M4).*

Nesta perspectiva, é possível inferir que para a indicação da pesquisa do linfonodo sentinela torna-se necessário o diagnóstico precoce do tumor de mama, já que sua evolução contra-indica a utilização por implicar negativamente em seus resultados.

Diante do mecanismo de funcionamento do sistema linfático deve-se considerar que o líquido formado por um tumor localizado na mama é disseminado para cadeia linfática na qual mantém ligação com o sistema linfático axilar. Assim torna-se indiscutível que a partir do momento que o líquido tumoral atingiu o linfonodo representa o início da metástase.

Partindo-se desta prerrogativa, a dissecação axilar foi por muito tempo prática comum para prevenir complicações do crescimento desordenado da mama tumoral. Essa imposição de tratamento ocorria devido à inexistência de avaliação de comprometimento linfonodal, dessa forma evitava-se que a metástase se propagasse, sem ao menos, ter a certeza de que ela tinha sido iniciada (Camargo & Mark, 2000; Silva & Zurrída, 2000).

Assim, faz-se exequível pela equipe de saúde a importância de incentivar o auto-exame das mamas com o intuito de tornar as mulheres os atores principais na identificação precoce do câncer de mama e conseqüentemente menos danos à sua

saúde em decorrência da própria patologia e das complicações físicas e emocionais advindas de seu tratamento.

A técnica de detecção de linfonodo sentinela é um procedimento composto por etapas e processo pré-estabelecidos na prática clínica mundial, e por assim ser, vem se consolidando como prática clínica de escolha devido aos bons resultados, exigindo para sua realização profissionais especializados que dominem minuciosamente a técnica.

Os entrevistados descreveram três procedimentos realizados para a marcação do linfonodo sentinela. No entanto, apenas M6 e M7 fazem distinção entre os marcadores, azul patente e tecnésio, em termos de confiabilidade e acurácia. Tal fato decorre principalmente da utilização quase exclusiva do tecnésio e da eventual utilização do azul patente. Nesse sentido M6 expõe:

*A utilização do azul patente traz um problema técnico que é deixar os tecidos corados e isso em algumas situações dificulta o ato cirúrgico (M6)*

Em decorrência dessas dificuldades ocorre menor adesão ao uso do azul patente, mesmo sendo uma técnica mais simples que a marcação pelo tecnésio, a chamada linfocintilografia. Conforme M7:

*Você usa o azul patente massageia ali e espera uns 15 minutinhos e ele cora (M7).*

O corante é injetado na região peritumoral da face axilar do tumor com a quantidade de 2 a 4 ml. Em contrapartida quando o linfonodo é marcado pelo tecnésio precisa de mais um profissional, o médico nuclear (Vieira & Pádua, 2000; Pereira, 2003).

Fazendo um paralelo entre o referencial teórico e as falas dos profissionais entrevistados, um ponto que merece destaque é a baixa adesão na utilização do azul patente para marcação do linfonodo sentinela, fato este não contestado na sua utilização clínica mundial, sendo inclusive recomendado seu uso simultaneamente ao radiofármaco tecnésio, com o intuito de proporcionar uma maior confiabilidade aos resultados. Em contrapartida a literatura expõe que a combinação da linfocintilo-

grafia através do detector gama probe e da orientação anatômica obtida pelo azul patente obtém-se as mais altas taxas de identificação do linfonodo sentinela (Xavier et al., 2002).

Desse modo, todo o processo de detecção descrito revela a utilização do linfonodo sentinela como uma perspectiva positiva no tratamento do câncer de mama, transformando essa nova tecnologia em mais uma alternativa para garantir melhor recuperação e mais qualidade de vida a mulheres acometidas.

Como efeito, a principal vantagem da pesquisa do linfonodo sentinela, é mostrada nas seguintes falas:

*A principal vantagem é evitar a linfadenectomia desnecessária (M1, M4, M6),*

Além do citado acima, os demais benefícios da pesquisa do linfonodo sentinela são consequência deste acontecimento, uma vez que suas complicações acarretam morbidades físicas e consequentes abalos psicológicos que podem afetar negativamente as clientes por longo período ou mesmo por toda a vida.

Segundo depoimento de M3:

*Nem toda vez os linfonodos estavam comprometidos, mas a gente tirava todos os linfonodos de todo mundo e na prática 60 a 70 % estavam fazendo uma cirurgia desnecessária. Com o linfonodo sentinela é diferente (M3).*

Quando é realizada a pesquisa do linfonodo sentinela em clientes com câncer de mama e ele é diagnosticado como negativo para neoplasia, torna-se possível prever que os demais linfonodos da cadeia não estão comprometidos. E desse modo, não há nenhuma necessidade de realizar o esvaziamento axilar (Mariani et al., 2001).

Porém, mesmo com tantos profissionais envolvidos e com vários estudos atestando veementemente por meio de pesquisas comparativas entre os métodos a efetividade de cada etapa para a detecção do linfonodo sentinela. Existem algumas situações que apresentam um resultado insatisfatório. Porém, tais resultados não implicam em sua limitação na prática, pois ao ser ponderado com os



benefícios dessa técnica, tem sido observado um saldo geral positivo.

*Os riscos do linfonodo sentinela existem como em qualquer cirurgia, mas eles são bem menores do que uma linfadenectomia axilar. Quando eu faço o linfonodo sentinela a cirurgia é menos extensa, é mais rápido e deixa menos seqüelas, é muito improvável algum comprometimento do movimento ou edema de braço (M3).*

Nossa análise se focalizou no depoimento das enfermeiras, um novo olhar diante das vantagens da técnica em questão, focalizando preferencialmente as condições psicossocial das clientes, demonstrando assim o importante exercício interdisciplinar dos diversos profissionais envolvidos no processo:

*Por tratar-se de uma técnica que permite reduzir as limitações físicas e psicológicas quando não houver necessidade de esvaziamento axilar, já que antes desta técnica várias pacientes podem ter sido submetidas ao esvaziamento axilar sem haver comprometimento dos linfonodos, é sem dúvida mais vantajoso ao paciente (E2).*

Pelo exposto infere-se que os profissionais médicos focalizaram aspectos clínicos, preferencialmente, descrevendo as vantagens em termos de técnica cirúrgica, complicações evitadas e outros aspectos, tratando do procedimento em si e o que ele proporciona para a medicina na atualidade. As enfermeiras, em contrapartida, abordaram as vantagens advindas da implementação da técnica tanto em aspectos clínicos, quanto no conforto que ele proporciona à cliente, numa visão holística na



medida em que descrevem sentimentos de tranquilidade e auto-estima.

Ainda em relação às vantagens da técnica, infere-se que os profissionais médicos focalizaram aspectos clínicos, descrevendo as vantagens em termos de técnica cirúrgica e complicações evitadas, tratando do procedimento em si e o que ele possibilita para a medicina na atualidade. Enquanto as enfermeiras abordaram as vantagens advindas da implementação da técnica tanto em aspectos clínicos, quanto ao conforto que ela proporciona a paciente.

A subcategoria “Enfermagem e a detecção do linfonodo sentinela: novas perspectivas do cuidar” estabelece os parâmetros para o planejamento da assistência de enfermagem diante da tecnologia do linfonodo sentinela, dando origem ao seguinte agrupamento de falas:

*Orienta o tratamento e o prognóstico, não há uma Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE concreta, pois os funcionários desconhecem o procedimento (E2)*

*Melhora a qualidade de vidas das pacientes [ ... ] não existe uma assistência pré-operatória, porque ela faz a verificação do linfonodo sentinela como tratamento externo (E1)*

*A paciente que faz o esvaziamento axilar requer muito mais cuidado que aquela que não fez (E3)*

Partindo-se dos depoimentos a atuação do enfermeiro no tratamento do câncer de mama contempla uma visão diferenciada da cliente, quando realiza a detecção do linfonodo sentinela. Neste sentido, é considerado que quando não existe indicação para uma linfadenectomia, alguns cuidados são dispensados e isso faz com que a paciente tenha uma menor possibilidade de desenvolver infecção e outras intercorrências. Conforme E3:

*Quando a mulher se submete a uma linfadenectomia, ela tem estímulos que determinam o futuro dela como mulher e como paciente, por isso deve ser prestada uma série de cuidados (E3).*

Neste enfoque, concentra-se a maior importância da introdução da pesquisa do linfonodo sentinela na prática clínica. Quando o status axilar é

preservado, a assistência de enfermagem não fica tão direcionada as práticas que pretendem prevenir o linfedema no membro superior (Mariani et al., 2001). Contudo, isso não exime a atuação da enfermagem quanto ao auto cuidado e auto-estima da cliente focalizando além dos cuidados perioperatórios a educação em saúde.

No entanto, as enfermeiras entrevistadas declararam que a assistência de enfermagem tem se restringido aos cuidados em âmbito hospitalar não alcançando as etapas e processos de preparação que muitas vezes ocorrem em outros espaços de saúde, como clínicas nucleares, impossibilitando assim uma assistência sistematizada e continuada.

Vale ressaltar, que segundo DellAcqua. & Miyadahira(2002), a importância da implantação e implementação da SAE a cliente em foco, a fim de proporcionar um acompanhamento continuado e fortalecer a incorporação da prática sistematizada da assistência em enfermagem como possibilidade relevante de cumprir as bases científicas e cognitivas do cuidar da enfermagem. E1 comenta que:

*Infelizmente não existe essa assistência pré-operatória, porque a paciente faz todo preparo com um tratamento externo. Ela já vem com a medicação feita da Clínica Nuclear, já vem preparado para o centro cirúrgico, quando chega na enfermaria já fez a ressecção do linfonodo sentinela e a mastectomia, aí não tem como a gente fazer esse preparo antes (E1).*

A realização da pesquisa do linfonodo sentinela em clientes com câncer de mama requer, portanto a assistência de enfermagem no perioperatório, contemplando todas as etapas e processos da técnica, principalmente por se tratar de um procedimento desconhecido e até estranho as clientes que o realizam(Pereira, 2003; Mariani et al, 2001). A enfermagem deve está apta a fomentar informações de forma contínua e individualizada, de forma a esclarecer em que consiste a técnica, manifestações e benefícios no tratamento e recuperação da cliente.

Com a técnica do linfonodo sentinela pode-se evitar mutilações desnecessárias. Segundo estudo realizado na cidade de Salvador, estado da Bahia, no Brasil(Azevedo & Lopes, 2006), a mastecto-

mia, como uma das abordagens terapêuticas indicadas, representa uma ameaça à vida da mulher devido à mutilação de um órgão que representa a sua feminilidade.

Na subcategoria “Equipe multiprofissional e multidisciplinaridade na atenção a clientes submetidas ao tratamento do câncer de mama com pesquisa do linfonodo sentinela” tratou-se das mudanças necessárias na equipe multiprofissional em saúde com a implementação da pesquisa do linfonodo sentinela, obtivemos as seguintes respostas:

*O que o profissional precisa e aderir e se habituar (M1)*

*Três profissionais são necessário, o primeiro o médico nuclear, o segundo o mastologista e o terceiro o patologista (M2, M3, M4, M5, M6, M7)*

*Depende de uma boa interação entre o mastologista, o fisioterapeuta e a equipe de enfermagem (M5, E2)*

*Integralidade, multidisciplinar, tem que ter comunicação (E1)*

*Precisa de médicos, do cuidado da enfermagem, nutrição adequada e psicólogo (E3)*

As falas revelaram que 15% dos médicos indicam a necessidade dos profissionais conhecerem a técnica e aplicá-la. Em 85% dos depoimentos dos médicos foi relatada ainda a necessidade de um médico nuclear, do mastologista e do patologista. Indicando também por 15% dos médicos e 33% dos enfermeiros a necessidade de uma boa interação entre o mastologista, o fisioterapeuta e a equipe de enfermagem, além dos cuidados gerais de enfermagem, médicos, nutricionais e psicológicos.

Considerando o depoimento dos entrevistados, verificou-se a importância que enfermeiros e médicos atribuem para a articulação do trabalho em equipe numa visão multiprofissional, embora com diferentes olhares quanto às necessidades da clientela. E3 explica a conotação multiprofissional ao dizer que:

*É necessário que a equipe seja realmente uma equipe multiprofissional, pois a cliente precisa do médico, precisa do cuidado da assistência de enfermagem, precisa da nutrição adequada, precisa do psicólogo. O que eu acho mais importante é que essa equipe nunca deixe de ser uma equipe*

*multiprofissional. Eu acho que a cliente deve ser assistida de uma maneira holística (E3).*

Vale ressaltar que dentre os profissionais médicos foi destacado a importância da categoria nas diversas etapas do procedimento de detecção do linfonodo sentinela, como a inserção da especialista em medicina nuclear para realizar a linfocintilografia; o mastologista para realizar a extração do linfonodo sentinela, a mastectomia e a linfadectomia, se indicada; e o patologista para proceder ao estudo minucioso do linfonodo sentinela, numa visão ampliada e definida do curar conforme a contribuição de várias especialidades médicas. M3 reforça essa visão:

*A cirurgia é mais elaborada, é preciso que inclua o médico nuclear e o patologista, além do mastologista (M3).*

Os enfermeiros, no entanto, apontaram uma perspectiva de equipe multidisciplinar, que se refere à união de saberes da equipe com intuito de prestar para cliente uma assistência que se destina a sua recuperação global, a fim de percebê-la numa dimensão biopsicosocioespiritual contando com a necessidade multidisciplinar dos profissionais alicerçada no diálogo.

Isso ocorre porque atualmente o trabalho em saúde tem adotado uma assistência holística, ou seja, o indivíduo é assistido como um todo. Deste modo, torna-se necessária uma abordagem totalizadora para o alcance dos objetivos de promover saúde, entendida como qualidade de vida. Nesta concepção, as várias categorias devem trabalhar em conjunto, embora preservando espaços para a aplicação do núcleo de conhecimento de cada uma delas, exigindo, no entanto, a comunicação em todas as situações para contemplarem uma abordagem multidisciplinar (Ducan, Schmidh & Guiliane, 2004).

É importante, diante dos depoimentos esclarecer a diferença essencial entre uma equipe multiprofissional e multidisciplinar. Quando o trabalho da equipe se baseia no conhecimento científico racionalista de cada categoria profissional ocorre uma compartimentalização, de forma que o trabalho se desenvolve paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração das categorias

entre sim, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes, trata-se de uma equipe predominantemente multiprofissional.

Por outro lado, quando as várias categorias trabalham em conjunto, num processo habitual e cotidiano de uma práxis construída por uma equipe que estabelece relações entre os saberes dos vários profissionais a fim de incorporar os olhares de intersecção na atuação de todos os profissionais envolvidos em prol da saúde dos clientes, tem-se a dimensão multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

A técnica do linfonodo sentinela, na prática clínica, representa uma nova tecnologia em saúde, à medida que proporciona inúmeras vantagens para o tratamento de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, desde a seleção das pacientes para o procedimento até a retirada e análise do linfonodo no momento da cirurgia pelo patologista. Portanto, a pesquisa aponta melhor recuperação física e psicossocial, visto que, no tratamento cirúrgico se preserva a região axilar sem o comprometimento de todos os linfonodos, resultando em melhor qualidade de vida.

Para tanto, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional que alcance uma abordagem multidisciplinar, uma vez que a técnica exige mais de uma especialidade médica no acompanhamento e execução do tratamento, uma assistência de enfermagem sistematizada e a comunicação entre os diversos profissionais de saúde. Cabe aos profissionais encontrar o ponto de interação em busca da efetivação dessa prática.

Nesse sentido, a enfermagem necessita se apropriar dessa tecnologia, na perspectiva de visualizar um novo campo de atuação “a enfermagem nuclear”, pois o tratamento nuclear vem se mostrando uma realidade na prática clínica mundial, trazendo inúmeros benefícios aos pacientes na área de saúde.

Assim, o fortalecimento da SAE durante as etapas de execução da técnica do linfonodo sentinela por todo o perioperatório, pode enriquecer as necessárias discussões multidisciplinares frente à tecnologia proposta, caracterizando, desse modo, mais do que uma integração multiprofissional, e sim uma experiência multidisciplinar na área hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- Azevedo, R.; Lopes, R.(2006). Experience of breast cancer diagnosis and radical mastectomy: a phenomenological study. Online Brazilian Journal of Nursing[Online] 5:1. Available: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/137> .
- Camargo, M.C.; Mark, Â.G.(2000) Reabilitação Física no Câncer de Mama. São Paulo (SP): Roca.
- DellAcqua, M.C.Q.; Miyadahira, A.M.K. (2002) Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem. 10(2):185-91.
- Ducan, B.B.; Schmidh, M.I.; Guiliane, E.R. (2004) Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Galeb, N.A.; Garrido, M.M.; De Luca, L.A.; Osório, C.A.B.T.; Costa, R.L.R.; Gamairo, P.L. et al.(2000) Estudos das técnicas para pesquisa do linfonodo sentinela no câncer de mama. Rev Brasileira de Mastologia.10(3):107-114.
- Gil, A.C.(2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo (SP): Atlas.
- Minayo, C.S.(1999) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes.
- Mariani, G.; Moresco, L.; Viale, G., Villa, G.; Bagnasco, M.; Paganelli, G.; et al. (2001) Radioguided Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer Sugery. Journal of Nuclear Medicine.42(8):1198-1215.
- Silva, O.E.; Zurrada, S.(2000) Câncer de mama: Um guia para médicos. São Paulo (SP): Atlanta.
- Pereira, P.M.S.(2003). Linfonodo Sentinela: presente e futuro. Jornal do Clube da Mama [série da Internet] 2003 Jan [citado 2008 out 31]; 5(1): [6p]. Available: [www.clubedamama.org.br?materiais.php?ação=ler&codigo=63](http://www.clubedamama.org.br?materiais.php?ação=ler&codigo=63).
- Vieira, S.C.; Pádua, F.A.F. (2000) Linfonodo Sentinela no Câncer de mama. Rev Médica do Hospital São Marcos; 4(1):24-26.
- Xavier, N. L, Amaral, B.B, Spiro, B.L.; Almeida, M.J.; Menke, C.H.; Biazú, J.V. et al.(2002) Detecção do linfonodo Sentinela em Câncer de Mama: Comparação entre Métodos. Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 24(7):479-484.

\* Foi consagrado desde 1882 por Willians Hasted como tratamento cirúrgico da mama a linfadenectomia axilar associada à mastectomia e ressecção dos músculos peitorais.

\*\* O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os sujeitos estudados em consonância com o disposto no Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1987 na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Na perspectiva de assegurar ao sujeito, livre de qualquer coerção, o direito de autorizar o uso de seus depoimentos no estudo e até mesmo de retirar-se deste a qualquer tempo, caracterizando a voluntariedade do indivíduo em colaborar com pesquisas.

# TEORÍA Y MÉTODO

## LA VIRTUD NARRATIVA DE LA AUTOBIOGRAFÍA. LA HUELLA MNÉMICA EN UN GRUPO DE ENFERMERAS

Ana Piera Orts

*Professora Adjunta*

*Doctora en Ciencias de la Educación. Consorcio Hospital General Universitario.*



narrative. This is the virtue that helps the time to live as a story and it's time settings. Through these texts shows that during the initial stage of practice, there are unique processes that are similar to those in the professional integration. The materials are certainly worked vivid texts, generating space for the narrator's own self, as for the analytical ethnographer.

**Key words:** Biography as Topic, Narrative, Memory, Cultural Anthropology, Socialization Nurse.

### FORÇA NARRATIVA DA AUTOBIOGRAFIA. O TRAÇO DE MEMÓRIA EM UM GRUPO DE ENFERMEIRAS

#### RESUMO

A partir de narrativas pessoais, desenvolvidas por profissionais de enfermagem, foi realizada uma análise textual. Na parte teórica, o leitor é situado sobre as chaves de um trabalho qualitativo, indutivo, ideográfico e se apresenta o percurso seguido, a partir de fragmentos autobiográficos sobre o processo de socialização pelo qual esses profissionais passaram.

A hipótese inicial de trabalho começou a partir da memória declarativa ou episódica para a recuperação das experiências e eventos, a reprodução daquilo que foi vivido na fase de iniciação. Durante o trabalho se percebeu a presença de um insistente esquecimento que deu lugar ao traço de memória como um sinal de ausências que abrem caminho para a literatura etnográfica.

Alguns exemplos desse esquecimento apresentam

### NARRATIVE VIRTUE OF AUTOBIOGRAPHY. THE MNEMONIC TRACE IN A GROUP OF NURSES

#### ABSTRACT

From personal narratives, which were developed by nursing experts, a textual analysis. In the theoretical section the reader is on the keys of a qualitative, inductive and ideographic and presents the reflective path followed from autobiographical fragments on the socialization process by which these professionals have developed.

The working hypothesis started from the declarative or episodic memory for the recovery of experiences and events, from the reproduction of what has been experienced in the initiation stage. During the work revealed the presence of an insistent forgetting that gave way to the track mnemonic, absences as a sign that open a path towards ethnographic literature.

Some examples of this neglect by presenting a great

uma grande virtude narrativa. Essa virtude está ajudando a viver o tempo como história e constitui configurações de tempo. Através destes textos foi possível perceber que, durante a fase inicial da prática, existem processos únicos que correm em paralelo com os de integração no campo profissional. Os materiais trabalhados são, sem dúvida, textos vívidos que criam espaço, tanto para a auto-reflexão do próprio narrador, quanto para uma análise para o etnógrafo.

**Palavras-chave:** Biografia como Assunto, Narração, Memória, Antropologia Cultural, Socialização da enfermagem

## RESUMEN

A partir de narraciones personales, elaboradas por profesionales de enfermería, se ha realizado un análisis textual. En el apartado teórico se sitúa al lector sobre las claves de un trabajo cualitativo, inductivo e ideográfico y se presenta el recorrido reflexivo seguido, a partir de fragmentos autobiográficos, sobre el proceso de socialización por el que han transitado estos profesionales.

La hipótesis inicial del trabajo partía desde la memoria declarativa o episódica para la recuperación de experiencias y acontecimientos, desde la reproducción de lo que se ha vivido en esa etapa iniciática. En el curso del trabajo se desveló la presencia de un insistente olvido que daba paso a la huella mnémica, como signo de ausencias que abren camino hacia una literatura etnográfica.

Algunos ejemplos de este olvido presentan una gran virtud narrativa. Esta virtud es la que ayuda a vivir el tiempo como una historia y constituye configuraciones del tiempo. A través de estos textos se nos muestra que durante la etapa inicial de prácticas, se producen procesos singulares que corren parejos a los de integración en el ámbito profesional. Los materiales trabajados son sin duda textos vívidos, que generan espacio tanto para la autorreflexión del propio narrador, como analítico para el etnógrafo.

**Palabras clave:** Biografía como Asunto, Narración, Memoria, Antropología Cultural, Socialización enfermera.

## INTRODUCCIÓN

Buscar razones de sentido para conocer mejor qué acontece durante los primeros días o semanas de prácticas hospitalarias es el centro de esta indagación. Tal búsqueda debería hacernos más accesible la comprensión de los procesos de socialización de las enfermeras, en las primeras etapas de su contacto con la vida hospitalaria. El hospital, como los acuartelamientos, internados académicos o penitenciarias, presenta elementos de difícil acceso por tratarse de una institución total, con ordenamientos internos y procesos de institucionalización que, aún reconocibles como tal sistema, no dejan de tener una especie de “vida propia” que posibilita autorregulaciones y mecanismos de funcionalidad casi relojera. No en vano en él se vive, se educa, se diagnostica, se cura, se enferma, incluso se muere y por él se transita con peculiar sentido de pertenencia.

Recurrir a la memoria de un grupo de personas parecía una posibilidad de acercamiento para generar conocimiento significativo en su contexto, a partir del análisis de fragmentos narrativos de la historia de vida de cada uno de ellas, referida a esa etapa de vida académico-profesional. La hipótesis inicial fue arrumbada por los propios textos. Buscábamos un detalle de cómo, por qué, cuándo y nos encontramos con unos textos que hablaban de otros códigos, como olores, luces o padecimientos y siempre la superación personal para poder ser partícipe de este sistema cerrado, que obliga al ajeno a incorporarse a él de acuerdo con unos tiempos de ajuste.

### Soporte teórico y bases metodológicas

El análisis realizado se inscribe dentro del paradigma humanista-interpretativo bajo las claves del trabajo holístico, inductivo e ideográfico. El diseño es de naturaleza flexible, abierto a la posibilidad de variar el rumbo de análisis tras hallazgos de interés. La hipótesis planteada es que desde la reconstrucción de las primeras fases de socialización profesional de las enfermeras y enfermeros, era posible encontrar algunas claves para la mejora de las prácticas de iniciación. El punto de partida fue la recuperación de las narraciones de profesionales experimentados, relativas a esas primeras vivencias de su experiencia, centradas en el espacio concreto de las instituciones hospitalarias.



Las bases teóricas que sustentan esta reflexión incluyen elementos teóricos, antropológicos, filosóficos y sociológicos e incorpora una consideración metódica sobre la naturaleza de la realidad que aquí se estudia. Esta consideración es la de iniciar la indagación reflexiva desde la asunción de que lo real es relacional (Bourdieu, 1997). En términos de purismo podría plantearse el dilema entre lo real o irreal y lo relacional o estático, pero no habría cabida para ello dado que en este caso, en el que analizamos aspectos sobre los ritos de iniciación y acceso al ámbito profesional enfermero, el mundo de la memoria presenta por sí mismo un panorama teórico sobre el que existe una amplia discusión. Entre otras señalamos las configuraciones del tiempo de Ricoeur (Vega, 2001) como aspecto complejo, en la medida que incorporaría al análisis el papel de los otros sujetos de acción que interactúan con el autor de la narración biográfica. No menos dilemático parece otro de los planteamientos de Ricoeur en cuanto a la idea de una concentración de la vida en forma de relato que, según el autor, está destinada a servir de punto de apoyo al objetivo de la vida “buena” entendiendo como tal que puede otorgársele una cualificación ética, que no sería posible si no fuera reunida y esto, sólo es factible si no es bajo la forma de relato (Ricoeur, 1996). Es tan amplio el debate previo que cabría considerar para apuntalar nuestra justificación teórica que es obligado partir de algunas concreciones que sin duda pueden dar lugar a desarrollos posteriores.

Desde estas consideraciones se realiza el análisis partiendo del hecho de que los acontecimientos que se producen durante el proceso de socialización profesional, guardan relación entre sí y, desde estos enlaces, es posible establecer afirmaciones de sentido. Los materiales biográficos son la referencia primaria para un proceso reflexivo que sigue el curso de la liberación de pensamientos al modo que señala Augé (1998).

Finalmente, y siguiendo el planteamiento naturalista que acepta que las generalizaciones no son posibles, dado que se refieren a contextos particulares y por tanto desarrollan conocimiento ideográfico, hemos de señalar que con la aportación de este trabajo no afirmamos que no pueda dar paso a una cierta transferibilidad a otros espacios,

pero no se asume su aplicabilidad a otro espacio, como tampoco a otras experiencias.

De la metodología se presenta el itinerario recorrido en el manejo de textos, de manera que el lector pueda guiarse en el trabajo a través de unas líneas explicativas. Cabe destacar que la propia apertura del diseño permitió tomar unas categorías de análisis dada la riqueza textual de los documentos y abandonar otras.

Los materiales textuales se solicitaron a un grupo de alumnos de doctorado de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante y de la Fundación Index de Granada. A todos ellos se les solicitó, como trabajo de aula, un relato breve sobre lo que conservaban en su memoria del primer día que entraron en un centro hospitalario como alumnos de prácticas. En términos metodológicos hay que señalar que la selección de personas se realizó de modo abierto y ad hoc y es por tanto un parámetro a priori del diseño (Goetz y LeCompte, 1988). Tras la recogida y su lectura se dejaron “enfriar lentamente”. Posteriormente del conjunto de textos se eliminaron aquellos que eran excepcionalmente singulares o los de escaso contenido narrativo y así quedaron diez narraciones autobiográficas en primera persona, centradas en el recuerdo sobre el primer día de prácticas y de algunas semanas sucesivas más.

La perspectiva investigadora parte de la asunción del hecho inherente a la proximidad de las personas cuyos textos son objeto de partida para la realización de una indagación que, a priori, busca razones. El riesgo que comporta un trabajo como éste es el de integrar el texto como una experiencia muy vívida, en la que aquello que aparece en el texto, como dato moralizante del narrador, podía decantar la interpretación hacia una comprensión derivada del compartir un dolor o un pesar. Para ello, se realizó una tarea previa de transcripción de todos los textos. Cada fragmento sobre un tipo de acontecimiento se clasificó y se separó de su texto original. Con ese conjunto de frases categorizadas se elaboró un texto de agrupamiento.

Estos textos volvieron a “dormir” un largo espacio de tiempo. Un año y poco más, fue el tiempo en que la idea sobre el rito de iniciación quedó en latencia y con ella, se diluyó casi totalmente la relación de los fragmentos con su texto original.



Posteriormente se inició la reconstrucción de cada categoría de análisis, hasta lograr capturar la lógica de estas expresiones contrastándolas con las fuentes de teoría general o particular y conectándolas desde un punto de vista epistémico. De este modo, es el propio texto el que se convierte en el objeto de estudio y el que genera el movimiento reflexivo. Es así como cada fragmento textual se podía volver, por sí mismo, penetrable o impenetrable, pero con la posibilidad de devolverlo una y otra vez a la fuente de contraste, que en este caso es la bibliografía como fuente de conocimiento generadora de nuevas combinatorias de ideas.

Los documentos analizados presentan la forma de relato autobiográfico a modo de carta, en primera persona con la certeza de que iban a manos del profesor, en este caso de la autoría de este trabajo. Separados de cada autor y de su rostro, se agruparon los textos disponibles, dieciocho en total y de estos, se eligieron diez en base a tres criterios:

- Todos fueron escritos por profesionales de asistencia básica, servicios especiales como quirofanistas o de áreas como radiología y urgencias (no había profesionales de gestión, ni de docencia).
- Presentaban contenido autoreflexivo y gran coherencia con la pregunta formulada.
- Todos los alumnos son españoles y sus programas formativos de origen, así como los formatos de prácticas, no tenían entre sí grandes diferencias, como tampoco las había en los centros receptores de alumnos de enfermería en prácticas.

Estos diez textos de origen fueron numerados y leídos. A partir de lecturas detenidas se realizó un análisis categorial para detectar claves reflexivas que recorrían temas tan variados como la elección de la carrera, el impacto emocional, la organización hospitalaria, el modelo de recepción de alumnos o la percepción del binomio vida-muerte.

De cada texto se extrajeron los fragmentos, hasta configurar un grupo de ellos diferenciados, numerados y agrupados bajo una misma clave reflexiva. De este modo, cada afirmación o frase podía encuadrarse dentro de un grupo de textos para el análisis de una clave, sin que se mantuviera su hilo conductor con el resto. Obteníamos así



una información más “enriquecida” por la aportación de visiones e imágenes diferentes sobre una misma clave, al tiempo que las personas, autoras de estos textos vivenciales, quedaban más resguardadas de la mirada analista, dejando intacto el propio devenir del texto.

Las claves analíticas no fueron establecidas a priori, sino a partir de lo que emanaban los propios textos, lo que ellos mismos sugerían, cual una novela que nos presenta una vida narrada por un personaje que habla en primera persona y donde el sujeto marca el ritmo del tiempo. Con este grupo de claves podíamos “repensar la realidad” desde otros ojos y otro pensamiento distanciado de la experiencia vívida.

## ANÁLISIS Y REFLEXIÓN

Situada ya la arquitectura teórica y metodológica y el origen de los textos que han servido de base de análisis, presentamos el recorrido reflexivo. Una primera cuestión en la que hay que reparar es gran la riqueza de los textos que obligan a un cierre puntual. Se parte de una selección que, sin duda, deja fuera elementos que podrían ser objeto de un examen.

Aspectos sobre el papel de los profesores-tutores, los modelos de acogida o los propios sistemas organizativos, como puntos de referencia, nos servirían para conocer lo que acontece en el proceso integrador de la identidad profesional y la configuración del proceso de pertenencia a un colectivo. Con la inmersión en los textos tratábamos de conocer cómo era ese primer día para de localizar, a través de la memoria, la imagen activadora o paralizante de esos procesos de socialización profesional.

Nuestra hipótesis de trabajo partía desde la memoria declarativa o episódica desde donde recu-

peraríamos las experiencias y acontecimientos vividos desde la reproducción de lo que se había aprendido o vivido en ese tiempo de iniciación.

Sin embargo, no fue la memoria la figura principal hallada, sino el olvido. Un olvido persistente, empeñado en borrar fragmentariamente los acontecimientos para superar lo que parece doloroso. Un olvido que paradójicamente parece cumplir una doble función: el rito de iniciación y la consolidación del sentido de pertenencia.

Un aspecto que resalta es que no parecía posible separar ese primer día de los siguientes, como tampoco del conjunto de impresiones que cada cual procesó en función de su propia experiencia, expectativas y su modo de afrontar los acontecimientos. Al menos, así se desprende de los textos. Muchas de las frases recogidas en los textos son la expresión de un impacto que, al narrarlo parece que ha cursado como una impresión sensorial -factor que interviene en la comprensión de los objetos y su significado- y se presentan reiteradamente como expresiones “a golpe de flash”. Algunas expresiones aparecen como composiciones gramaticales con estructura paradójica y otras son afirmaciones sobre impresiones de imágenes, olfativas o lumínicas.

Con los textos clasificados, iniciamos la búsqueda de claves de coincidencia y en su conjunto apareció ese persistente olvido que ya hemos apuntado, acompañado huellas mnémicas. Marc Augé (1998) explica este concepto de huella de la memoria a partir de lo que él ha identificado como la “pista Pontalis”. Pensemos en esas conversaciones sobre el pasado con algunos familiares o amigos muy próximos y repararemos en el modo en que cada cual narra su vivencia ya pasada de un mismo hecho. La narración presenta versiones diferentes de un mismo hecho: todas son verdaderas, lo que cambia es la percepción personal de lo vivido. En ocasiones pueden variar incluso algunos datos que en principio serían más que objetivables, como los usos y costumbres, marcas horarias, las tapas de un libro o las circunstancias en que se preparó un grupo de personas para el posado de una fotografía. La memoria es plural y al mismo tiempo existen diversos sistemas mnémicos. Lo que queda no es el recuerdo sino las huellas, los signos de la ausencia. Y conviene, antes de continuar, que repa-

remos en el hecho de que no nos estamos refiriendo a los archivos documentales o a cualquier tipo de acontecimientos probados, sino a la vivencia más personal e individual.

Para Pontalis -según recoge Augé- “todos nuestros recuerdos (incluso aquellos que valoramos más porque nos aferran a la certeza de nuestra continuidad, de nuestra identidad) son «pantallas», no en el sentido que disimulan y contienen a un tiempo, son huellas aparentemente anodinas que vienen inopinadamente a la mente de quienes se abandonan a las ensoñaciones o quienes hacen el esfuerzo de analizarse: «el motivo del papel pintado del cuarto infantil, el olor de la habitación de los padres por la mañana, una palabra cazada al vuelo...». Lo que queda inscrito e imprime marcas, prosigue, «no es el recuerdo, sino las huellas, signos de la ausencia». Estas huellas están en cierto modo desconectadas de todo relato posible o creíble; se han desligado del recuerdo” (Auge, 1998).

Esta huella se convierte en un trazo. Es un trazo secreto, inconsciente, en cuyas conexiones actúa la represión y de ahí que Pontalis señale que recordar es menos importante que asociar, en un proceso de asociación libre. De esta idea de la pista Pontalis, Marc Augé se sirve para proponer que la literatura etnográfica nos da mucha información sobre la cuestión del tiempo y apunta que existen ejemplos de olvido de los que podría afirmarse que poseen una virtud narrativa. Esta virtud es la que ayuda a vivir el tiempo como una historia y, en este sentido, constituyen según recoge Augé apoyándose en Paul Ricoeur “configuraciones del tiempo”. Y, efectivamente, todas las narraciones analizadas en este trabajo presentan, además de un punto de belleza literaria autobiográfica, una localización de un tiempo configurado como propio y único, ajeno al calendario de la vida oficial. Pudo ser hace tres años como hace quince. Se trata de un tiempo que se puede definir como atemporal o el “tercer tiempo” ricoueriano (Vega, 2001), afianzado en un mundo propio de percepciones intransferibles que contienen elementos de la construcción de la identidad.

Esta conjugación de planteamientos teóricos son las que nos han permitido prestar juego a lo que Auge ha llamado liberación de pensamientos,

que no es sino una forma de reflexionar, a partir de una reelaboración de las ideas que surgen de la relectura de los textos con los que trabajamos.

Del mismo modo, estas configuraciones teóricas aportan luz y justifican el modo en que se ha realizado la selección de estos documentos fragmentados, al comprobar la presencia insistente de este tipo de huellas mnémicas. Por la misma razón teórica hemos realizado el corte de categorías dejando para otro trabajo, el análisis de un grupo de elementos igualmente sugerentes, pero que no caben en este espacio.

En el anexo 1 se muestra una selección de las frases transcritas literalmente, en la no se indica cuando cambia la persona que las realiza. Se han listado para mostrar, como ya se ha indicado, la impresión de flashes. Se presentan desagregadas de las frases anteriores y posteriores de sus textos originales sólo para mayor claridad.

En estos fragmentos aparece una reiterada búsqueda a partir de la propia memoria. Sin embargo, repetidamente aparecen expresiones relacionadas con el olvido que se complementan con recuerdos combinados y afirmaciones elaboradas con soporte de la sociología institucional.

Los modos textuales para presentar estos recuerdos, que al tiempo son la recreación de olvidos, o la presentación de las vivencias y sensaciones, obviamente son bien distintos, tanto por el tono, como por la propia narrativa. Algunos presentan gran cantidad de detalles y descripciones frente a otros que muestran una fuerte carga sensitiva.

Pero, véase a partir de los fragmentos extraídos, las claves de coincidencia en esos aspectos que hemos identificado como huellas mnémicas. Estas claves son: la escasa luz, el olor característico, las caras sin nombre, los espacios o los números de habitación, tejidos dentro de las frases.

En un primer momento puede parecer que se trata de textos cargados de sentido paradójico. Alguno de ellos se inicia con la afirmación de inexistencia de recuerdo para ofrecer, a continuación, un breve relato de un acontecimiento que causó gran impacto emocional a la persona narradora, hasta el punto de generar pesadillas.

También se nos presenta el recuerdo de los profesionales de la unidad receptora así como la de un alumno de tercero, al que se le consideraba una

especie de guía, en contraposición al desagrado que pervive sobre la profesora de prácticas.

La expresión del “inmenso pasillo, que se recorre en tres pasos” es una de esas paradojas que hemos señalado. Algo grande que se recorre en poco tiempo, viene a presentar la imagen de un corredor o distribuidor que atrapa a aquél que penetra en su espacio de transición. Esta expresión está referida al “personal que atraviesa infinidad de veces” este pasillo y que manifiesta, con este modo literario la actividad desbordante de una unidad de enfermería que no hemos identificado, pero que podría ser de cualquier hospital, donde la estructuración de las habitaciones y resto de dependencias asistenciales se ordena a lo largo de distribuidores y corredores.

Otra descripción de naturaleza narrativa es la que presenta un elemento lumínico: “Mi planta ... tenía muy poca luz”. Esta descripción es curiosa. Presenta dos aspectos sensitivos, el primero es el sentido de pertenencia al presentarla como propia y el segundo porque la iluminación hospitalaria combina tubos fluorescentes con luz incandescente de distinto tipo según la actividad que se trate. Estas combinaciones se complementan con las luces de cabecera que suelen ser tanto blancas como amarillas. Toda vez que la gran mayoría de los centros sanitarios disponen de ventanales que permiten el paso de la luz natural directa. Y en todo caso, la luz para realizar trabajos de mayor precisión es la procedente de flexos móviles. Pero si atendemos a la expresión “sólo había luz blanca de los fluorescentes” también es la que suele haber en los comercios, en centros de servicios y en muchos de los lugares con función de utilitarismo, antes de la salida al mercado de iluminación con variedad de coloración. Esta no era cuestión de elección exclusiva de los centros sanitarios y sin embargo parece que la luz blanca confiere al hospital un elemento de distinción como si le fuera propio, cuando no lo es.

Otro elemento narrativo es la descripción de un paciente con “muchos tubos y cables por su cuerpo” cuando el relato está presentado tras haber transcurrido unos años. Es habitual que al hacer una descripción de algo la presentamos desde el conocimiento adquirido tanto en lenguaje ordinario coloquial como técnico. Sorprende pues presentar la imagen del paciente con muchos tubos y

cables, cuando serían sondas de cualquier tipo (nasogástrica, uretral, equipo de gotero, gafas de oxígeno, drenaje, canalización arterial, una monitorización, etc.); pero efectivamente el efecto descriptivo es mucho más impactante así expresado, que indicando la relación nominal de sondas o vías aseguradas. Nos encontramos pues de nuevo, con imágenes que trabajan como “pantallas” de un recuerdo que no se deja aprehender y queda como una huella.

Salvo las rememoraciones claras sobre personas y esquemas de funcionamiento en algunas de las narraciones de las que proceden estos textos, en la mayoría es recurrente el olvido. La aparición de expresiones como “no tengo recuerdo claro”; “no sería capaz de recordar mi primera intramuscular”; “por más que intento recordar...” son el inicio a partir del que se inicia el relato de distintos aspectos próximos a lo que no se recuerda, presentando una narración temporal de personas, lugares y acontecimientos que giran en torno al proceso de iniciación. Esta iniciación es una situación de paso del no ser al ser, de una identidad de la persona hacia la identidad del profesional, con vínculos a una organización hospitalaria que acoge, configura e incorpora al cuerpo profesional que, a partir de ese momento, ya ha hecho propios los olores que incluso serán un distintivo frente a los que no pertenecen a la profesión. Ese olor a medicamento, a los desinfectantes quirúrgicos, ese olor particular ya será nuestro y no sólo no molesta sino que es un distintivo, como el olor a colegio, a cocinas, a garajes o a cualquier otro espacio con distintivo singular olfativo. Parece como una de las primeras fortalezas configuradoras: “si me habitué a este olor, es que ya soy de aquí”.

## CONCLUSIÓN

El proceso de socialización profesional, en su etapa de incorporación real a la institución hospitalaria (las prácticas se inician en instituciones sanitarias cerradas, aunque también se pasará por centros de atención ambulatoria) se produce sin apoyo o acompañamiento durante los primeros días de acceso a las áreas de asistencia.

No se trata en este trabajo sobre cuáles son los criterios de distribución de los alumnos por plantas o especialidades, si parece que se producen apoyos informales entre el propio alumnado o se cuenta

con alguna persona receptora de las que forman parte de las plantillas enfermeras de los centros.

Si bien la figura del profesor de prácticas cumple una función que viene establecida por las propias normas de actividad que rigen para los profesores vinculados a los centros asistenciales o cualquier otra norma de funcionalidad, y considerando todas las posibilidades reflexivas que ofrecen los cuadernos de prácticas, los diarios, los registros, tanto para del alumnado como para el profesorado, los textos que nos han servido para nuestro análisis apuntan a que no llega a formalizarse un proceso real de acompañamiento para el alumno más novel.

La inquietud, curiosidad, estado expectante y toda suerte de preparaciones anímicas no permiten imaginar un escenario real de lo que vamos a percibir en el momento de la llegada al hospital y menos del instante en que hay que retirar la ropa de una cama donde yace un paciente. Es un proceso personal e intransferible que precisa de un espacio dialógico inmediato posterior o incluso en el instante mismo, para humanizar ese encuentro en el que participa paciente, estudiante y enfermera guía y bajo el esquema del profesional reflexivo al modo de Schön (1992). La falta de esta guía se suple con la vivencia brusca que cada cual elabora a su modo y, que a falta de un diario o charla que posibilite la elaboración pausada y acompañada, se torna en acontecimiento listo para el olvido. Un olvido que con el paso de los días, meses y años permitirá el acceso a una nueva configuración del tiempo, desde el que afrontar aquellos primeros días.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arnal J., Rincón D., Latorre, A. (1992) Investigación educativa. Fundamentos y metodología. Labor. Barcelona.
- Augé M. (1998) Las formas del olvido. Gedisa. Barcelona.
- Bourdieu, P. (1997) Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama. Barcelona.
- Goetz J. P. y LeComte M. D. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Morata. Madrid.
- Ricoeur P. (1996) Sí mismo como otro. Siglo XXI Editores. Madrid.
- Schön D.A. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la ense-

ñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós. Ministerio de Educación y Ciencia. Barcelona.

- Vega Rodríguez M. (2001) Tiempo y narración en el marco del pensamiento postmetafísico.

Espéculo. Revista de estudios Literarios. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero18/riceorur.html> consultado el 2/06/09.

### ANEXO 1.

“el motivo por el que me decidí a estudiar enfermería, por más que intento recordar, lo desconozco”  
“El hecho de que no recuerde (...) encerrada en una habitación con llave, que tenía alucinaciones sensorceptivas (...) Yo me sentía impotente y no sabía que hacer (...) corrió hacia mi de manera agresiva e intentó asfixiarme con el fonendo (...) tuve pesadillas durante...”

“No tengo recuerdo claro de mi llegada al hospital”

“no sería capaz de recordar mi primera intramuscular, ni mi primera cura”

“...veo infinidad de rostros pertenecientes a pacientes y familiares a los que vagamente puedo poner un nombre”

“a los profesionales los recuerdo, recuerdo sus nombres”

“de esta profesora, no guardo un buen recuerdo”

“en esta unidad estaba la enfermera que me enseñó”

“recuerdo perfectamente quien era el alumno de tercero”

“me acuerdo del número de habitación”

“también recuerdo a dos pacientes con pancreatitis”

“mi planta ... tenía muy poca luz”

“el personal atraviesa infinidad de veces un inmenso pasillo, que se recorre en tres pasos”

“no había luz natural, sólo la luz blanca de los fluorescentes”

“mucha gente ajetreada andando de un lado a otro del pasillo”

“una luz que iluminaba la cabecera de la cama”

“muchos tubos y cables por su cuerpo”

“unas secreciones oscuras y malolientes”

“recuerdo el olor, ese olor característico”

“recuerdo casi todo lo que allí aconteció, como si de un diario se tratara (...) tengo guardadas muchas fotografías y trabajos realizados, por si la memoria fallara”

“puerta de cristal que encerraba una fortaleza”

“los reyes del castillo, los sanitarios, jugaban cada día a ser Dios”

“la propia institución te obliga a ponerte cada mañana una coraza”

“ducharme para eliminar de los poros de mi piel, el olor”





# LAS DIFICULTADES EN EL PROCESO ACADÉMICO SUSCEPTIBLES DE PRODUCIR RESILIENCIA, SEGÚN ALUMNOS DE ENFERMERÍA ESPAÑOLES

<sup>1</sup> Alvaro Bernalte Benazet <sup>2</sup> María Teresa Miret García

<sup>3</sup> Cristina María Navarro Carrasco <sup>3</sup> Soledad Ruiz Martel

<sup>4</sup> María Teresa Bermúdez Ferreiro <sup>1</sup> María Mercedes Lupiani Jiménez

<sup>1</sup>Dr. TEU <sup>2</sup>Antropóloga Social <sup>3</sup>Diplomada en Enfermería

<sup>4</sup>Dra. en Pedagogía. Universidad de Cádiz

namely: a Technology Delphi and one of nominal Group, later to confirm the obtained results, with the contributions with Brainstorming's Technology.

Between the results, it surprises that one that the pupils consider to be adversities or difficulties, and particularly the fact that the academic aspects that scarcely were supported as difficulties on having ended the Technology Delphi, they appear in the last technology, of contribution of ideas and therefore more creative, of forceful form.

**Key words:** Resiliencia; and Resiliencia in top education.

## AS DIFICULDADES NO PROCESSO ACADÊMICO SUSCEPTÍVEIS DE PRODUZIR RESILIÊNCIA, SEGUNDO ALUNOS DE ENFERMAGEM ESPANHÓIS

### RESUMO

A resiliência não é um conceito novo, mas de fato os autores dedicados ao seu estudo reconhecem a proliferação de artigos sobre o tema e afirmam que existe paralelamente com a humanidade. No presente estudo, entendemos a resiliência como a capacidade dos seres humanos de superar adversidades e aprender com essa situação para continuar com a vida cotidiana. O interesse do mesmo é que temos estudado as adversidades ou dificuldades que os alunos reconhecem como susceptíveis de produzir resiliência, em vez de fazê-lo desde o ponto de vista disciplinar, do profissional, serão analisadas desde o ponto de vista dos autores, neste caso, o alunado de uma

## THE DIFFICULTIES IN THE ACADEMIC PROCESS CAPABLE OF PRODUCING RESILIENCIA, ACCORDING TO SPANISH UNIVERSITY STUDENTS OF NURSING

### ABSTRACT

The resiliencia is not a new concept, in fact the authors dedicated to his study, they admit the proliferation of articles about the topic and assume that it exists at par of the humanity. In the present study, we understand the resiliencia as the aptitude of the human beings to overcome adversities and to learn of it to continue with the daily life, the interest of the same one is that we have studied the adversities or difficulties that the pupils recognize like capable of producing resiliencia, instead of making it from the point of view discipline, of the professional, they will be analyzed from the point of view of the actors, in this case the student body of a University School of Nursing of Algeciras (Spain). The present work is a qualitative research, from the point of view cultural sight (least used in the study of the resiliencia), and we have used two associate technologies,



Escola Universitária de Enfermagem de Algeciras (Espanha).

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, do ponto de vista cultural (o menos utilizado no estudo da resiliência), e utilizamos duas técnicas relacionadas, quais sejam: a técnica Delphi e de grupo nominal, para contrastar os resultados obtidos, com as contribuições de uma técnica de brainstorming.

Entre os resultados, surpreende o fato de que os estudantes consideram que as adversidades ou dificuldades, e especialmente o fato de que os aspectos acadêmicos que apenas se sustentavam como dificuldades, ao terminar a técnica Delphi, irromperam na última técnica, fornecendo ideias e, portanto, sendo mais criativa, de forma contundente.

**Palavras-chave:** Resiliência, Resiliência em Educação Superior.

## RESUMEN

La resiliencia no es un concepto nuevo, de hecho los autores dedicados a su estudio, reconocen la proliferación de artículos sobre el tema y asumen que existe a la par de la humanidad. En el presente estudio, entendemos la resiliencia como la capacidad de los seres humanos de superar adversidades y aprender de ello para continuar con la vida cotidiana, el interés del mismo es que hemos estudiado las adversidades o dificultades que los alumnos reconocen como susceptibles de producir resiliencia, en vez de hacerlo desde el punto de vista disciplinar, del profesional, serán analizadas desde el punto de vista de los actores, en este caso el alumnado de una Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras (España).

El presente trabajo es una investigación cualitativa, desde el punto de vista cultural (el menos utilizado en el estudio de la resiliencia), y hemos utilizado dos técnicas asociadas, a saber: una Técnica Delphi y una de Grupo nominal, para posteriormente contrastar los resultados obtenidos, con las aportaciones con una Técnica de Brainstorming.

Entre los resultados, sorprende aquello que consideran los alumnos adversidades o dificultades, y particularmente el hecho de que los aspectos

académicos que apenas se sostenían como dificultades al acabar la Técnica Delphi, irrompen en la última técnica, de aportación de ideas y por tanto más creativa, de forma contundente.

**Palabras clave:** Resiliencia; y Resiliencia en educación superior

## INTRODUCCIÓN

El término resiliencia proviene del latín *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar y rebotar. Es un término utilizado en tecnología como la resistencia de un cuerpo a la rotura por un golpe, así un cuerpo es menos frágil cuanto más resiliente es.

La resiliencia pues, es una reacción ante un “golpe” lo que nosotros llamaríamos una dificultad o adversidad, que puede ser cultural en sentido amplio (económica, lenguaje, étnica...) como explicitan Tylor (1924) y Malinowski (1973), psicológica o física, que impulsa al que la padece a reaccionar ante ella superándola, pero con un matiz importante, que aprende de la experiencia pasada.

Según Rutter, (1993), la resiliencia es un concepto adaptado a las Ciencias Sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan sanos y exitosos es el término invulnerabilidad aplicado a niños que parecían constitucionalmente tan fuertes, que no cedían ante la presión del estrés y de la adversidad.

También podemos expresar la resiliencia decía Melillo, como la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos e, incluso, de salir fortalecidos de la situación (mencionado por Bermúdez, 2009).

Los autores dedicados a su estudio, reconocen la proliferación de artículos sobre el tema y asumen que existe a la par de la humanidad, Infante (2001) por ejemplo, describe la resiliencia en la historia de la infancia y sostiene que aunque sea un concepto reciente, su realidad es antigua. Este pensamiento es compartido también por autores como Manciaux M.; Vandistendael, S.; y cols. (2003), Cyulnik, B. (2002), Vandistendael, S. (2003), Theis, A. (2003), y Saavedra, G. E. (2003) quien argumentó en este sentido, que el término se adap-

tó de la ingeniería “en donde se utilizó para describir los materiales que recobraban su forma original, luego de sufrir las presiones de algún elemento externo”.

El concepto de resiliencia se extiende cada vez más y su principal utilidad se ha registrado en países en desarrollo, si bien Suárez, O. N. (2001) atribuye su origen exclusivamente al hemisferio norte y señala que “a veces se le considera como un instrumento más de la dominación del norte sobre el sur y del mantenimiento silencioso de la inequidad”. En el año 2004, Suárez, O. N., afirmó que luego de desarrollarse el concepto en el hemisferio norte -con Rutter en Inglaterra y Werner en Estados Unidos- se extendió a toda Europa, Francia, Alemania y España, y finalmente llegó a América Latina.

El mismo Suárez, O. N. (2001:77-82) sostiene la existencia de tres corrientes: “... la norteamericana, esencialmente conductista, pragmática y centrada en lo individual; la europea, con mayores enfoques psicoanalíticos y una perspectiva ética; y la latinoamericana, de raigambre comunitaria, enfocada en lo social como lógica respuesta a los problemas del contexto”. El creciente interés de las disciplinas por la investigación de la resiliencia, la convirtió según Suárez, O. N. (2004), en una actividad transdisciplinaria que agrupa los aportes de diversas áreas y sectores, de manera tal que “Múltiples saberes se asocian y comparten la generación del conocimiento sobre resiliencia y se fecundan en su aplicación práctica en proyectos sostenibles”. Así tenemos según este autor, a la Psicología y sus aportes sobre el desarrollo psicosocial que sirvieron de base para el concepto; a la antropología, y a la sociología.

Existen multitud de conceptos relacionados con la resiliencia y aquí por motivos obvios, no vamos a realizar una revisión exhaustiva pero vamos a comentar algunos de ellos, por ejemplo el término personalidad resistente (*hardiness*), sobre esto Kobasa, Maddi y Kahn en sus obras desde los 70, refieren a ciertas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían.

Según Rutter (1985) la resistencia procede tanto del ambiente como de lo constitucional. Si bien en las primeras publicaciones alusivas a la

resiliencia, se tendió a utilizar éste concepto como equivalente al de invulnerabilidad, hoy día ha quedado relegado al campo de la psicopatología.

Competencia es otro concepto que se maneja, así según Luthar (1993) los estudios de resiliencia se restringen (a veces) a la capacidad de competencia social, bajo el supuesto que ésta refleja buenas habilidades de enfrentamiento subyacentes, si bien a pesar de ello pueden ser vulnerables frente a problemas físicos o mentales.

Tomando en consideración los vacíos en el estudio de la resiliencia, se atiende a la importancia de descifrar la dinámica entre los niveles del marco ecológico del individuo, (en nuestro caso, el estudiante universitario) para dar cuenta de los procesos que determinan su condición de ser resiliente.

Para tal fin, asumimos las aportaciones que sustenta el modelo ecológico de resiliencia, en el que se sostiene que: “...el individuo, se halla inmerso en una ecología determinada por diferentes niveles que interactúan entre sí, ejerciendo una influencia directa en su desarrollo humano. Los niveles que conforman el marco ecológico son: el individual, el familiar, el comunitario y el cultural” (Bronfenbrenner, 1981, citado en Melillo, 2001:34)

A efectos de la investigación que hemos realizado, consideramos como objetivo de la misma el encontrar la existencia de las que podemos denominar “causas necesarias”, es decir identificar los eventos negativos, que están presentes en la vida, de los estudiantes, tomando en cuenta la constelación de múltiples riesgos, en donde las complejidades del mundo real, toman forma a partir de los aspectos individuales, sociales, familiares y comunitarios que caracterizan al entorno en el que un estudiante se mueve.

Hemos dirigido nuestra observación, no a niños como ha sido habitual en las investigaciones históricamente, sino a estudiantes universitarios, como en el caso del estudio de Bermúdez, pero en nuestro estudio, de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras, perteneciente a la Universidad de Cádiz.

La consideración de dificultades o adversidades, no se ha realizado desde nuestra perspectiva, sino que han sido los propios actores, los que han

establecido cuáles son las fuentes de adversidad real en su vida como estudiantes universitarios, partiendo de su definición de “adversidad”, es decir, desde sus propios valores y creencias.

Nuestra investigación ha sido de tipo cualitativo, y hemos realizado técnicas grupales con los estudiantes de la citada escuela, estableciendo una sola diferencia, la de género para la constitución de los grupos focales en primera instancia, y obviando posteriormente esta categoría.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Seguindo a Bericat y Beltrán, entre otros, hemos diseñado un estudio cualitativo que utiliza diferentes tipos de técnicas, ante ello debemos tener una actitud abierta tal como explicitan los autores:

“Sin duda la distinción entre las orientaciones metodológicas cuantitativa y cualitativa constituye un buen ejemplo de código binario, excluyente, que no logra reducir la realidad a sus categorías sino a costa de una insatisfactoria simplificación. La divisoria entre los métodos cualitativo y cuantitativo es la expresión bifurcada de la complejidad social. "Gracias a ella, se opera una reducción de la complejidad social que, lejos de crear situaciones simples y homogéneas, se caracteriza por crear una nueva complejidad. La operación de reducción consiste en reconducir las infinitas posibilidades que el mundo brinda a un código binario que fija sólo dos conductas posibles " (Bericat, E., 1998).

“Acerca de la antinomia cantidad-cualidad ha podido escribir Brodbeck: <<la cuantificación se ha tornado en símbolo de prestigio para muchos científicos sociales... Para otros, por el contrario la cuantificación es anatema... Tanto el sueño ilusionado como la pesadilla son reacciones desproporcionadas. La lógica de la situación no justifica ni el exceso de celo ni la repudiación total..., pues la dicotomía cantidad - cualidad es espúrea. La ciencia se refiere al mundo, esto es a las propiedades y relaciones entre las cosas...” (Beltrán, M., 1989)

“... los métodos empíricos cuantitativo y cualitativo son, cada uno de ellos, necesarios in sua esfera, in suo ordine, para dar razón de aspectos, componentes o planos específicos del objeto de conocimiento. No solo no se excluyen mutuamente, sino que se requieren y se complementan, tanto

más cuanto el propósito de abarcar la totalidad del objeto sea más decidido.” (Beltrán, M., 1989).

El estudio, pues, ha sido cualitativo, para nosotros la “realidad” que pretendemos conocer es cognoscible a través de la vida cotidiana de los actores sociales, pues ellos crean esa realidad, conocen las dificultades, y son capaces de transmitirlo a los investigadores.

Nosotros formulamos nuestra perspectiva investigadora de la siguiente forma: ontológicamente, desde una perspectiva hermenéutica cuyo foco central de análisis, comprende a la perspectiva de los actores observados (alumnos); epistemológicamente: adoptaremos como marco teórico, el constructivista que mantiene una posición relativista de la realidad social, realidad que se construye sobre la base de las interacciones en la vida cotidiana; y metodológicamente, nos hemos decantado por la utilización de técnicas de búsqueda de consenso, dado que los investigadores considerábamos que los alumnos poseían la información que buscábamos, y lo que se precisaba era “extraérsela” a ellos, evitando en lo posible los sesgos individuales; es por ello que nos hemos decantado por tres técnicas de esta metodología, dos que realizaremos asociadas, una Técnica Delphi (TD) y una Técnica de Grupo Nominal (TGN); y finalmente una Técnica de Brainstorming (TB), siendo siempre los informantes alumnos.

El desarrollo de dos TGN inicialmente para que alumnos y alumnas (de forma separada) aporten sobre el concepto de “adversidad”, desde la perspectiva de los estudiantes, y posteriormente dos grupos focales que aclaren en la medida de lo posible los “indicadores de adversidad” establecidos; todo ello nos permitirá contar con un marco conceptual propio a la cultura que distingue a los sujetos de estudio, para dar cuenta de los factores que pueden determinar la puesta en marcha de los procesos resilientes.

El objetivo, era comprobar como identificaban la adversidad o dificultad susceptible de producir resiliencia, el alumnado de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras (España).

La Unidad de observación como ya se mencionó es la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras en España, situada en la Comarca del Campo de Gibraltar, siendo una característica

as establecidas por los alumnos, en: problemas económicos, problemas personales, problemas organizacionales, problemas sociales, problemas académicos y otro tipo de problemas (Anexo nº 1: Panel 1).

Como podemos observar en todas las fases, por los cuestionarios, han dominado los problemas económicos en cuanto a número, menos en la primera en la cual esta categoría además de no ser la primera tenía a otras dos con el mismo número de Ítems que ella.

Los cinco problemas priorizados por los alumnos en esta TD, fueron los siguientes y en este orden: estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas; no tener beca; desplazamientos a casa caros; gastos en almuerzos fuera de casa; y falta de tiempo para las actividades propuestas (académico).

Estos ítems quisimos precisarlos con una TGN que nos llevó a las siguientes manifestaciones, en cuanto al significado que habían querido dar con cada Ítem. (Tabla nº 2):

- Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas, fue “traducido” de la siguiente forma por los alumnos: existencia de una mala organización docente, que impide tener tiempo real para estudiar
- No tener beca, ellos afirmaban que si no hay “beca” no se podría estudiar, esto es un problema añadido para los que vienen de “fuera de Algeciras”, porque tienen mayores gastos.
- Desplazamientos a casa caros, sobre ello y relacionándolo con el Distrito único existente en Andalucía, decían: esta es una situación obligada, y que por lo tanto “cursa” con gastos
- Gastos en almuerzos fuera de casa; debido a horarios de mañana y tarde, referidos a: la organización y dedicación horaria esto implica muchos almuerzos y caros, y
- Falta de tiempo para las actividades propuestas, sobre lo que apostillaban, que: las denominadas actividades dirigidas son un añadido a las clases, y aunque los profesores parecen acotar el tiempo dedicado a ellas, los límites de dedicación se superan con creces. La dis-

importante de la misma, el ser una zona endémica de paro tal como la provincia a la que pertenece, que es la de mayor paro de España, Cádiz. La unidad de análisis, son los alumnos de todos los cursos de la mencionada institución, y su concepción de las principales dificultades / adversidades que afectan en su formación.

Las técnicas realizadas han sido: una Técnica Delphi (Delbecq, Van de Ven et al, 1989) una técnica donde los participantes no saben quien son los otros, que se realiza mediante varios cuestionarios sucesivos, y donde se llega al consenso por votación individual de los ítems por parte de los participantes. En ella participaron 30 alumnos (diez por curso, que se presentaron voluntarios); una vez obtenidos los resultados priorizados de esta técnica, estos fueron analizados por un grupo de siete alumnos elegidos al azar entre los anteriores participantes, mediante una Técnica de Grupo Focal (Merton25,1946), lo que permitió clarificar el sentido con que habían sido aportados, ya que esta técnica a diferencia de la anterior permite la interacción comunicativa entre los participantes cara a cara; y por último, mediante un Técnica de Brainstorming, realizamos la revisión de los Ítems, mediante cinco alumnos del grupo inicial, elegidos al azar.

## RESULTADOS

En el proceso de la Técnica Delphi afloraron, inicialmente, cincuenta y un problemas que afectan a la formación de los alumnos, y eran de de todo tipo, siendo clasificados según unas categorí-

tribución de las clases y de las actividades presenciales es diferente entre cursos, también el acceso a los recursos (los informáticos, por ejemplo). Habría que cambiar no las actividades pero si ajustarlas en tiempo, a lo que se tiene.

Por último la TB, consiguió que los alumnos estuvieran en una situación de conciencia de la libertad para expresarse y a las preguntas aportadas comentaron dificultades como las que siguen:

- Problemas económicos, existe por su parte una concentración en el aspecto económico.
- Problemas personales, la falta de compañerismo dificulta el estudio, porque no se aprovechan los recursos disponibles; existe mucha competitividad, esto genera una falta de compañerismo; y falta de apoyo por parte de los alumnos a la hora de enfrentarse a los profesores.
- Problemas organizacionales, no se menciona ninguno.
- Problemas sociales, los participantes no mencionan ninguno.
- Problemas académicos, no sabes estudiar en primero; hay profesores que no saben explicar; hay clases que en vez de explicar el profesor, expone el alumno; tus fallos son castigados con humillación, debido a profesores retrógrados; se necesita que los profesores te escuchen; no hay relación alumno- profesor; no hay comunicación; hay asignaturas que no se pueden dar en un cuatrimestre; hay diferencias entre el nivel de los profesores; hay diferencias entre en nivel previo de los alumnos; hay también una mano larga con determinados alumnos; el nivel de exigencia es bajo, creo que trabajaba y se me exigía más en el bachillerato, excepto algunas asignaturas; y están de acuerdo en que los trabajos no tienen porqué suspender una asignatura o bajar su nota frente a un examen.
- Y otro tipo de problemas, donde no se mencionó ninguno.

Como vemos los problemas académicos, algunos graves, aparecen en esta técnica, trece nada menos, mientras en aspectos personales solo aparecen tres, y en económicos solo uno.

## CONCLUSIONES

En un país como España situado entre los 12 países más industrializados del mundo, la plena expresión del capitalismo baña todas las esferas de la actividad cotidiana, mejor coche, mejor casa, mejor, mejor y mejor... Si bien es un país donde aspectos de la llamada sociedad del bienestar también están bien enraizados quizás con la ayuda de varios gobiernos de corte socialista, que han hecho que se siga pensando en la salud y la educación como derechos inalienables de todos los individuos que habitan en el país, tanto españoles como extranjeros.

Los estudios Universitarios, en España, si bien no son gratuitos, tienen dos particularidades: una, la matrícula que se cobra por ellos no responde al coste real de la misma, sino que el decalage es asumido por el Estado es decir por la comunidad; y dos, se establecen becas dependiendo de los ingresos, para matrícula, alojamiento, desplazamientos, etc.

Es a la luz de este contexto como podemos observar que a pesar de todo este “bienestar”, en la aportación de los alumnos los problemas económicos eran mayoría y así el final de la Técnica Delphi, y ya priorizados estos ítems, parecía que iba a ser monotemático pero aparecen dos, uno en primer lugar de la priorización, que es personal y el último que es organizacional.

Es importante, pues, que sobre el amasijo inicial de problemas personales, haya restado uno solo, y que los problemas económicos se hayan concentrado en tres, y por último, el hecho de que la institución y su organización también se vean analizadas dada la importancia, que a veces se obvia, del contexto.

La Técnica de grupo focal al aclarar estos cinco Ítems, nos habla en primer lugar de que existe una mala organización docente, ya que impide tener tiempo real para estudiar, que es un problema personal, pero que se apoya en la falta de racionalidad organizativa, esto es bastante común pues como decía Goofman (1992) las instituciones llevan una dinámica propia, que es manejada o controlada por los funcionarios y no por los internos, en este caso alumnos.

La queja fundamental de no tener beca, no se sostiene cuando los padres y/o tutores poseen medios económicos para pagar esa matrícula que



es reducida, pero en el caso de Andalucía, que esta compuesta de 8 provincias con más de 7 millones de habitantes, se han creado últimamente varias universidades como una apuesta política, que para que tengan alumnos se ha definido toda la Comunidad Autónoma como si fuera un solo distrito, y los jóvenes son enviados a estudiar obligatoriamente fuera de casa muchas veces, existiendo esos estudios en su provincia, sufriendo el pecunio familiar un grave quebranto, lo cual es recogido por los alumnos.

Cierto es, que esta complicación de vivir fuera de casa se amplifica con el hecho de que la organización de la Diplomatura implica comer fuera de casa muy a menudo por la combinación con las actividades prácticas que se hacen en centros sanitarios que pueden estar hasta a 40 kilómetros.

Por último entre esas dificultades, la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (en nuestra Escuela de Enfermería llevamos pilotando el nuevo sistema tres años) ha implicado convertir al profesor en un guía, para ello muchos hemos disminuido la carga teórica y hemos aumentado las actividades dirigidas, y las tutorías, pero en muchos casos las denominadas actividades dirigidas son un añadido a las clases, y los profesores no parecen acotar el tiempo dedicado a ellas, por ello los límites de dedicación se superan con creces. La distribución de las clases y de las actividades presenciales es diferente entre cursos, también el acceso a los recursos, por ejemplo, los informáticos y bibliográficos.

Habría que cambiar - de verdad- las técnicas y la dilación a las mismas, no abandonar las actividades pero si ajustarlas en tiempo al que realmente se dispone. Si bien hasta aquí todo es fácilmente explicable, los resultados de la tormenta de ideas, nos dejan un poco perplejos, dado que aquí lo central de la problemática es lo académico, parece como si pasadas las técnicas iniciales, en esta se han explayado, los alumnos- estableciendo los problemas que tienen realmente, así los problemas académicos me parecen gravísimos:

- Algunos de carácter general y previo, como el hecho de que el nivel de exigencia sea inferior al Bachillerato, o el hecho de que haya una heterogeneidad muy marcada en la formación de los alumnos.
- La crítica a los profesores es lapidaria, desde

que en vez de exponer el profesor lo hace el alumno, pasando por el hecho de que hay profesores que no saben explicar (en general), que los profesores no escuchan, que no hay comunicación (alumno - profesor), que también entre los profesores los niveles son muy diferentes, hay una complacencia por parte del profesorado con ciertos alumnos que también puede ser una mano negra, y lo peor de todo es leer lo siguiente “Tus fallos son castigados con humillación, debido a profesores retrógrados”, esta frase no necesita explayarse más en ella.

- No saber estudiar en primer curso de la Universidad, después de 15 años estudiando es grave.

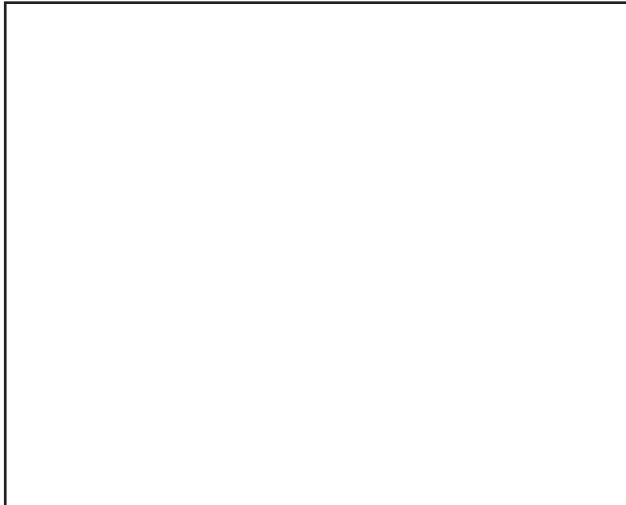
En cuanto problemas más bien personales o también se les podría haber clasificado como sociales, encontramos la falta de compañerismo por la mucha competitividad, y lo que a veces produce la misma, y es que no se aprovechan bien los recursos (libros,...); por último en estas carreras e instituciones donde el contacto es tan cercano, se confunden muchas veces las distancias, los roles,... los espacios personales. La falta de apoyo al delegado, o de un frente común ante problemas genéricos. En resumen hay problemas económicos, pero los problemas fundamentales son académicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bermúdez, M. T. (2009) “Etnografía de la Resiliencia en Educación Superior” Tesis doctoral leída en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca. Pág. 115 (Tesis doctoral)
- Beltrán, M. (1991) “La realidad social”. Madrid. Ed. Tecnos. Pág. 39.
- Beltrán, M. (1991) “La realidad .” op. cit, Pág. 40.
- Bericat, E. (1998) La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Barcelona: Ariel Sociología. Pág. 12.
- Cyrulnik, B. (2002) Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Delbecq, A. L.; Van de Ven, A. H.; Y Gustaffson, D. H. (1989) “Técnicas grupales para la planeación”. Ed. Trillas. México.
- Goffman, E. (1992) Internados. Buenos Aires. Ed Amorrortu.
- Infante, F. (2001) La Resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Barcelona: Paidós. Pp. 32-53.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. (1977) “Existential personality theory” en Corsini, R. “Current personality theory”. Itasca, III. Peacock.



- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S. (1982) "Hardiness and Health. A prospective study". *Journal of Personality and Social Behavior*, 22: 368-378.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Kahn, S. (1993) "Hardiness and Health. A prospective study. Clarification". *Journal of Personality and Social Behavior*, 65 (1) 207.
- Luthar S. S. "Annotation: Methodological and conceptual issues in the study of Resilience". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993; 34: 441-453.
- Malinowski, B. (1973) "A scientific theory of culture and an other essay" North Carolina, University Press.
- Manciaux, M. ; Vandistendael, S.; Lecomte, J.; y Cyrulnik, B. (2003) La resiliencia: Estado de la cuestión. En la resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa. Pp 17-27.
- Melillo, A. (2001) Prefacio. Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Barcelona: Paidós. Pp. 17-18.
- Merton, R. K.; Kendall, P. L.(1946) 'The Focused Interview', *American Journal of Sociology* 51: 541-557. New Cork.
- Rutter, M. (1985) "Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598- 611.
- Rutter, M. (1993). "Resilience: Some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*. 14: 626-631.
- Saavedra, G. E. (2002) El enfoque cognitivo procesal sistémico, como mirada para la comprensión de la resiliencia. Tesis Doctoral 2001-2002. Universidad Católica de Maule. Pág. 5 (Tesis doctoral).
- Suárez, O. N. (2001) Una concepción latinoamericana de Resiliencia. En Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Barcelona: Paidós. (Pp. 67-82).
- Suárez, O. N. (2004) Introducción. En Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida. Argentina. Paidós. Pp. 17-20.
- Theis, A. (2003) La resiliencia en la literatura científica, en Manciaux, La resiliencia: resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa. Pp. 45-59.
- Tylor, E. B. (1924) "Primitive culture. Researches in the development of mythology, philosophy, religion, language, art and customs" 2 vols. 7th ed. New York: Brentano's.
- Vandistendael, S. (2003) La resiliencia en lo cotidiano. Barcelona. Gedisa.
- Suárez, O. N. (2001) Una concepción latinoamericana de Resiliencia. En Resiliencia descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires, Barcelona: Paidós. Pp. 67-82.





Anexo 1. Primera fase de la Técnica Delphi (Carta 1, Cuestionario 1 y panel 1)

CARTA 1

Apreciado alumno.

Ante todo agradecerte tu participación en este estudio sobre la resiliencia en los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras.

En principio la resiliencia la vamos a considerar como la capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente.

La resiliencia ha sido estudiada generalmente en niños, nosotros pretendemos hacerlo en universitarios, de ahí que os pidamos vuestra colaboración.

La Técnica como ya sabéis consiste en daros unos cuestionarios que debéis cumplimentar (sin comentar con los compañeros), una vez realizados lo podéis dejar en el casillero mío dentro del sobre que os pongo acompañando al cuestionario, que es anónimo y por tanto nadie sabrá aquello que contestéis.

Par contestar a este, debéis indicar cuáles son las situaciones adversas que obstaculizan el curso de vuestros estudios profesionales (sean personales, sociales, económicas...), y el plazo para devolverlo podemos contemplar el período que va desde la fecha de hoy hasta al inicio de las vacaciones de Navidad.

En Algeciras a 2 de Diciembre del 2007.

Fdo./ Dr. Alvaro Bernalte Benazet

CUESTIONARIO 1

	<p><b>CUEST.-1</b></p>
---	------------------------

**RECORDATORIO DEL CONCEPTO**

La resiliencia, es un concepto que para evitar la polisemia entenderemos como: **“La capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente”**

**QUE DEBEMOS HACER**

Indicar cuáles son las situaciones adversas que obstaculizan el curso de tus estudios profesionales (sean personales, sociales, económicas...).

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

## PANEL – 1 RESPUESTAS AL PRIMER CUESTIONARIO

<b>Situaciones adversas que obstaculizan el curso de tus estudios profesionales</b>			
<b>Problemas económicos</b>			
Mucho dinero en fotocopias			
Mucho dinero en material			
Muchos gastos			
Gastos en almuerzos fuera de casa			
No tener beca			
No poder pagar la matrícula			
Beca insuficiente			
Desplazamientos a casa caros			
Falta de ordenador			
Pocas ayudas para las familias de clase media			
<b>Problemas personales</b>			
Falta de tiempo para las actividades propuestas			
Falta de compañerismo en la clase			
Carga familiar			
Bajo nivel de estudios			
Falta de concentración			
Falta de organización			
Falta de planificación			
Falta de síntesis			
Nivel de exigencia elevado			
No satisfacción con los estudios			
Motivación de la rivalidad entre compañeros			
No disponer de internet			
Dificultad para reconocer las limitaciones y superarlas			
Esperar mucho de los estudiantes			
La distancia de mi casa a Algeciras			
Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas			
No me puedo permitir caprichos			

Gastar mucho tiempo en ocio			
<b>Problemas sociales</b>			
Falta de transporte público para las clases y las prácticas			
No disponer de habitación para estudiar			
Vivir lejos del centro			
No encontrar vivienda cerca de la universidad			
Material escaso para las prácticas			
Celos y envidias en la clase			
Problemas con mis amigos			
No tener cerca los amigos			
Convivir con personas desconocidas			
Difícil integrarse por que la gente es diferente			
No poder ver a mi familia lo que quisiera			
<b>Académicos</b>			
Escaso margen de tiempo de entrega de las actividades			
Muchas actividades a través de internet			
Plan de estudios limita el tiempo			
Pocos recursos del aula virtual			
Poco interés que despiertan los profesores			
Dificultad de las asignaturas			
Poco interés por las asignaturas			
No saber coger apuntes en clase y la carga que ello comporta			
Pocos lugares de estudio			
El proyecto piloto			
<b>Otros</b>			
Los ruidos de la calle me impiden estudiar			
Poca distribución de la información universitaria			



Anexo 2. Segunda fase de la Técnica Delphi (Carta 2, Cuestionario 2 y panel 2)

CARTA-2

Apreciado alumno.

Ante todo agradecerte tu participación en este estudio sobre la resiliencia en los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras.

Recordaros que la resiliencia la vamos a considerar como **la capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente**; debemos comentar, así mismo, que la resiliencia ha sido estudiada generalmente en niños, nosotros pretendemos hacerlo en universitarios, de ahí que os pidamos vuestra colaboración.

En este segundo cuestionario, nos tenéis que indicar de entre vuestras respuestas al anterior tres cosas:

- a) Cuales son las 10 respuestas más importantes, poniendo en el casillero de importancia el 1 a la más importante y el 10 a la menor.
- b) Encontrareis una casilla una para indicar si estáis de acuerdo con el ítem, si es así colocad un X en la casilla
- c) Encontrareis una casilla para indicar cuando NO estáis de acuerdo, si es así colocad un X en la casilla

Cerrad el sobre y dejadlo en el casillero, dado que nos hemos retrasado un poquillo, os rogariamos nos contestéis antes de 10 días.



## CUESTIONARIO 2




## CUEST-2

La resiliencia, es un concepto que para evitar la polisemia entenderemos como: “La capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente”

Nº	items	PUNTUACIÓN	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1	Mucho dinero en fotocopias			
2	Mucho dinero en material			
3	Muchos gastos			
4	Gastos en almuerzos fuera de casa			
5	No tener beca			
6	No poder pagar la matrícula			
7	Beca insuficiente			
8	Desplazamientos a casa caros			
9	Falta de ordenador			
10	Pocas ayudas para las familias de clase media			
11	Falta de tiempo para las actividades propuestas			
12	Falta de compañerismo en la clase			
13	Carga familiar			
14	Bajo nivel de estudios			
15	Falta de concentración			
16	Falta de organización			
17	Falta de planificación			
18	Falta de síntesis			
19	Nivel de exigencia elevado			
20	No satisfacción con los estudios			
21	Motivación de la rivalidad entre compañeros			
22	No disponer de internet			
23	Dificultad para reconocer las limitaciones y superarlas			
24	Esperar mucho de los estudiantes			
25	La distancia de mi casa a Algeciras			

26	Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas			
27	No me puedo permitir caprichos			
28	Gastar mucho tiempo en ocio			
29	Falta de transporte público para las clases y las prácticas			
30	No disponer de habitación para estudiar			
31	Vivir lejos del centro			
32	No encontrar vivienda cerca de la universidad			
33	Material escaso para las prácticas			
34	Celos y envidias en la clase			
35	Problemas con mis amigos			
36	No tener cerca los amigos			
37	Convivir con personas desconocidas			
38	Difícil integrarse por que la gente es diferente			
39	No poder ver a mi familia lo que quisiera			
40	Escaso margen de tiempo de entrega de las actividades			
41	Muchas actividades a través de internet			
42	Plan de estudios limita el tiempo			
43	Pocos recursos del aula virtual			
44	Poco interés que despiertan los profesores			
45	Dificultad de las asignaturas			
46	Poco interés por las asignaturas			
47	No saber coger apuntes en clase y la carga que ello comporta			
48	Pocos lugares de estudio			
49	El proyecto piloto			
50	Los ruidos de la calle me impiden estudiar			
51	Poca distribución de la información universitaria			

## PANEL – 2 RESULTADO DEL SEGUNDO CUESTIONARIO

		
La resiliencia, es un concepto que para evitar la polisemia entenderemos como: “La capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente”		
Nº	items	PUNTUACIÓN
1	Mucho dinero en fotocopias	57
2	Mucho dinero en material	46
3	Muchos gastos	50
4	Gastos en almuerzos fuera de casa	57
5	No tener beca	80
6	No poder pagar la matrícula	0
7	Beca insuficiente	38
8	Desplazamientos a casa caros	60
9	Falta de ordenador	29
10	Pocas ayudas para las familias de clase media	23
11	Falta de tiempo para las actividades propuestas	89
12	Falta de compañerismo en la clase	59
13	Carga familiar	0
14	Bajo nivel de estudios	11
15	Falta de concentración	59
16	Falta de organización	19
17	Falta de planificación	35
18	Falta de síntesis	10
19	Nivel de exigencia elevado	10
20	No satisfacción con los estudios	0
21	Motivación de la rivalidad entre compañeros	33
22	No disponer de internet	46
23	Dificultad para reconocer las limitaciones y superarlas	9
24	Esperar mucho de los estudiantes	0
25	La distancia de mi casa a Algeciras	77
26	Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas	114
27	No me puedo permitir caprichos	6
28	Gastar mucho tiempo en ocio	2
29	Falta de transporte público para las clases y las prácticas	44
30	No disponer de habitación para estudiar	3

31	Vivir lejos del centro	10
32	No encontrar vivienda cerca de la universidad	16
33	Material escaso para las prácticas	20
34	Celos y envidias en la clase	29
35	Problemas con mis amigos	4
36	No tener cerca los amigos	31
37	Convivir con personas desconocidas	13
38	Difícil integrarse por que la gente es diferente	9
39	No poder ver a mi familia lo que quisiera	59
40	Escaso margen de tiempo de entrega de las actividades	13
41	Muchas actividades a través de internet	48
42	Plan de estudios limita el tiempo	28
43	Pocos recursos del aula virtual	0
44	Poco interés que despiertan los profesores	5
45	Dificultad de las asignaturas	19
46	Poco interés por las asignaturas	16
47	No saber coger apuntes en clase y la carga que ello comporta	12
48	Pocos lugares de estudio	11
49	El proyecto piloto	1
50	Los ruidos de la calle me impiden estudiar	6
51	Poca distribución de la información universitaria	11





Anexo 3. Última fase de la Técnica Delphi (Carta 3, Cuestionario 3 y panel 3)

CARTA 3

Apreciado alumno.

Ante todo agradecerte tu participación en este estudio sobre la resiliencia en los estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras.

Recordaros que la resiliencia la vamos a considerar como **la capacidad de ser humano para enfrentar la adversidad, superarla y ser fortalecido o transformado positivamente**; debemos comentar , así mismo, que la resiliencia ha sido estudiada generalmente en niños, nosotros pretendemos hacerlo en universitarios, de ahí que os pidamos vuestra colaboración.

En este tercer cuestionario, nos tenéis que indicar de entre vuestras respuestas al anterior cuales son las 5 respuestas más importantes, poniendo en el casillero de importancia el 1 a la más importante y el 5 a la menor.

En Algeciras a 5 de Febrero del 2008.

Fdo./ Dr. Alvaro Bernalte Benazet



## CUESTIONARIO 3



## CUESTIONARIO - 3

RESULTADOS DE LA TÉCNICA DELPHI		
Nº	items	PUNTUACIÓN
1	Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas	
2	No tener beca	
3	Desplazamientos a casa caros	
4	Gastos en almuerzos fuera de casa	
5	Falta de tiempo para las actividades propuestas	
6	Mucho dinero en fotocopias	
7	La distancia de mi casa a Algeciras	
8	Falta de compañerismo en la clase	
9	No poder ver a mi familia lo que quisiera	
10	Falta de concentración	

## PANEL – 3 RESPUESTAS AL CUESTIONARIO 3



RESULTADO DE LA TÉCNICA DELPHI		
Nº	ITEMs	PUNTUACIÓN
1	<b>Estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas</b>	<b>163</b>
2	<b>No tener beca</b>	<b>93</b>
3	<b>Desplazamientos a casa caros</b>	<b>89</b>
4	<b>Gastos en almuerzos fuera de casa</b>	<b>72</b>
5	<b>Falta de tiempo para las actividades propuestas</b>	<b>70</b>
6	Mucho dinero en fotocopias	67
7	La distancia de mi casa a Algeciras	63
8	Falta de compañerismo en la clase	60
9	No poder ver a mi familia lo que quisiera	39
10	Falta de concentración	18

**Anexo 4. Tabla con los resultados del Grupo focal**  
**RESULTADOS GRUPO FOCAL.**  
**Consenso sobre el significado de los ITEMS**

**1.- ¿Qué entienden por estrés debido a la cantidad de clases y horario además de las prácticas clínicas?**

Que existe una mala organización docente (clases, prácticas, actividades dirigidas...) ya que impide tener tiempo real para estudiar

Observación: Se habló relajadamente, los argumentos de los alumnos se apoyan unos en otros; se enfatiza con el lenguaje no verbal.

Contradicciones: No observamos contradicciones

En las aportaciones se dieron algunas soluciones a esto, así: unos decían que no hubieran clases y prácticas en el mismo período, otros hablaban de un cierto equilibrio necesario, no podía salir de las tres de otro pueblo y estar en Algeciras a las cuatro.

**2.- ¿Consideran el no tener beca un factor adverso, por qué? (todos deben tener beca)**

Si no hay “beca” no se podría estudiar, esto es un problema añadido para los que vienen de “fuera”, porque tienen mayores gastos.

Observación: Se habla relajadamente y los miembros del grupo se apoyan en sus intervenciones; en cada intervención se apoyan con lenguaje no verbal.

Contradicciones: No observamos contradicciones

**3.- ¿Qué implica el que ir a casa sea caro? (lejanía de la familia...?)**

Esta es una situación obligada, y que por lo tanto “cursa” con gastos

Observación: Hay disparidad ya que mientras unos consideran la obligación, otros consideran que esto es igual porque está ligado al hecho de querer estudiar

Contradicciones: No observamos contradicciones

Se comenta el síndrome del nido vacío, que parece afectar a los jóvenes alejados de su casa, la comida de las madres y ... el salir con los amigos; se insiste en los precios para estudiante no son tales, y en el hecho de que estar lejos de casa aumenta los gastos.

**4.- ¿Los gastos en almuerzos fuera de casa son un problema, por qué?**

Dada la organización y dedicación horaria esto implica muchos almuerzos y caros

Observación: De nuevo un problema viene abonado por la mala organización, hay una concentración de las asignaturas optativas por la tarde. Todos de acuerdo pendientes de las conclusiones.

Contradicciones: No han existido.

**5.- ¿Esta falta de tiempo para las actividades que se les proponen, como pueden explicarlo?**

Observación: La denominadas actividades dirigidas son un añadido a las clases, y aunque los profesores parecen acotar el tiempo dedicado a ellas, los límites de dedicación se superan con creces. La distribución de las clases y de las actividades presenciales es diferente entre cursos, también el acceso a los recursos (los informáticos, por ejemplo). Habría que cambiar no las actividades pero si ajustarlas en tiempo a lo que se tiene.

Contradicciones: No las ha habido

**Anexo 5. APORTACIONES A LA TÉCNICA DE BRAINSTORMING.  
APORTACIONES A LA T. B.**

- Problemas económicos, existe por su parte una concentración en el aspecto económico
- Problemas personales, la falta de compañerismo dificulta el estudio, porque no se aprovechan los recursos disponibles; existe mucha competitividad, esto genera una falta de compañerismo; y falta de apoyo por parte de los alumnos a la hora de enfrentarse a los profesores.
- Problemas organizacionales, no se menciona ninguno
- Problemas sociales, los participantes no mencionan ninguno
- Problemas académicos, no sabes estudiar en primero; hay profesores que no saben explicar; hay clases que en vez de explicar el profesor, expone el alumno; tus fallos son castigados con humillación, debido a profesores retrógrados; se necesita que los profesores te escuchen; no hay relación alumno-profesor; no hay comunicación; hay asignaturas que no se pueden dar en un cuatrimestre; hay diferencias entre el nivel de los profesores; hay diferencias entre en nivel previo de los alumnos; hay también una mano larga con determinados alumnos; el nivel de exigencia es bajo, creo que trabajaba y se me exigía más en el bachillerato, excepto algunas asignaturas; y están de acuerdo en que los trabajos no tienen porqué suspender una asignatura o bajar su nota frente a un examen
- Y otro tipo de problemas, donde no se mencionó ninguno

Como vemos los problemas académicos, algunos graves, aparecen en esta técnica, trece nada menos, mientras en aspectos personales solo aparecen tres, y en económicos solo uno.

**Anexo 6. Aportaciones a posteriori de la T.B**  
**APORTACIONES FUERA DEL CONTEXTO DE LA T. B**

**1º PREGUNTA: Llamada de atención sobre los test.**

Opiniones:

- Concentración en el aspecto económico
- No sabes estudiar en primero
- Hay profesores que no saben explicar
- Hay clases que en vez de explicar el profesor, expone el alumno
- Tus fallos son castigados con humillación, debido a profesores retrógrados

**2ª PREGUNTA: ¿Habéis pensado en intentar cambiar algo?**

Opiniones:

- Se necesita que los profesores te escuchen.
- Falta de apoyo por parte de los alumnos a la hora de enfrentarse a los profesores.

**3ª PREGUNTA: ¿Las diferencias entre los profesores influyen en vuestro estudio?**

Opiniones:

- No hay relación alumno- profesor.
- No hay comunicación
- Hay asignaturas que no se pueden dar en un cuatrimestre.
- Hay diferencias entre el nivel de los profesores.
- Hay diferencias entre en nivel previo de los alumnos.
- Hay mano larga con determinados alumnos

**4ª PREGUNTA: Uno de los ítems mencionados por vosotros, fue la falta de compañerismo, ¿a qué os referíais?**

Opiniones:

- Existe mucha competitividad, esto genera una falta de compañerismo
- La falta de compañerismo dificulta el estudio, porque no se aprovechan los recursos disponibles.

**5ª PREGUNTA: ¿Creéis que se os exige demasiado nivel?**

Opiniones:

- La exigencia es alta, pero no considero que por ello van a salir suficientemente preparado
- Yo si me considero suficientemente preparado, incluso si saliera ahora.

**6ª PREGUNTA: ¿Consideráis que es correcto que por un trabajo, no se os cuente la nota del examen, e incluso estéis suspensos?**

Opiniones:

- Están de acuerdo en que los trabajos no tienen porqué suspender una asignatura o bajar su nota frente a un examen.

# CARACTERIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIROS E PACIENTES DE UM HOSPITAL DO CEARÁ, BRASIL

Patrícia de Lemos Negreiros<sup>1</sup>, Mayara de Oliveira Fernandes<sup>2</sup>, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo-Costa<sup>3</sup>, Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Enfermeira, Ceará

<sup>2</sup> Enfermeira. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Ceará.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Piauí campus, Piauí, Brasil

**Material and Method:** Study description with carried through quantitative boarding in a hospital of the state of the Ceará in julho/2007. The citizens of the study had been five nurses. Comment of 21 interactions established between nurses and patients was carried through. For the registers of the data a suitable instrument's Stefanelli was used daily of field.

**Results:** The not-therapeutical's item had been gifts in the interactions of the majority of the nurses, occurring 32 times during the 21 interactions. Intent it the fact of that, the used item more was the use of professional jargon. The unidirectional communication occurred frequently.

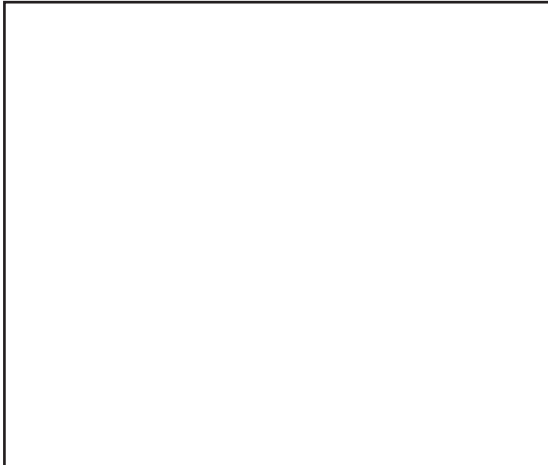
**Conclusions:** The nurses if communicate little of efficient and not directed form during the interactions that establish with the patients of the hospital.

**Key words:** Nursing; Communication; Hospital.

**CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERAS EN UN HOSPITAL DE CEARÁ, BRASIL**

**RESUMEN**

**Introducción:** La comunicación entre las enfermeras y los pacientes en el ambiente del hospital interviene excesivamente con el proceso del tratamiento de la salud. A partir del momento que las imperfecciones, éstas se pueden identificar para



**CHARACTERIZATION OF THE THERAPEUTIC COMMUNICATION OF NURSES IN A HOSPITAL OF CEARÁ, BRAZIL**

**ABSTRACT**

**Introduction:** The communication between nurses and patients in the hospital environment excessively intervenes with the process of treatment of the health. From the moment that imperfections, these can be identified to improve the interaction and the assistance of nursing.

**Aims:** To characterize the therapeutical communication between nurses and patients in the hospital environment according to estimated of Stefanelli.

mejorar la interacción y la ayuda del rol de la enfermera.

**Objetivo:** caracterizar la comunicación terapéutica entre las enfermeras y los pacientes en el ambiente del hospital según Stefanelli.

**Material y método:** Estudio descriptivo cuantitativo en un hospital del Ceará, Brasil en junio/2007. Los ciudadanos del estudio habían sido cinco enfermeras. El comentario de 21 interacciones establecidas entre las enfermeras y los pacientes fue ejecutado. Para los registros de los datos uso diario del campo y instrumento adaptado del Stefanelli.

**Resultados:** El artículo no-terapéutico había estado presente en las interacciones de la mayoría de las enfermeras, ocurriendo 32 veces durante las 21 interacciones. Intento el hecho de eso, el artículo usado era más el uso de la jerga profesional. La comunicación unidireccional ocurrió con frecuencia.

**Conclusiones:** Las enfermeras se comunican de forma poco eficiente y no dirigida durante las interacciones que establecen con los pacientes del hospital.

**Palabras clave:** Enfermería; Comunicación, Hospital.

## RESUMO

**Introdução:** A comunicação entre enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar interfere sobremaneira no processo de tratamento e reestabelecimento da saúde. A partir do momento que existem falhas, essas possam ser identificadas para aprimorar a interação e a assistência de enfermagem.

**Objetivo:** Caracterizar a comunicação terapéutica entre enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar segundo os pressupostos de Stefanelli(1993).

**Materiais e Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa realizado em um hospital do estado do Ceará em julho/2007. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiros. Foi realizada observação de 21 interações estabelecidas entre enfermeiros e pacientes. Para os registros dos dados utilizou-se um diário de campo e o instrumento adaptado de Stefanelli.

**Resultados:** Os itens não-terapêuticos estiveram presentes nas interações da maioria dos enfermeiros, ocorrendo 32 vezes durante as 21 interações. Atenta-se ao fato de que, o item mais utilizado foi o uso de jargão profissional. A comunicação unidireccional ocorreu com frequência.

**Considerações finais:** Os enfermeiros se comunicam de forma pouco eficaz e não direcionada durante as interações que estabelecem com os pacientes da instituição.

**Descritores:** Enfermagem; Comunicação; Hospital.

## INTRODUÇÃO

O profissional de enfermagem possui contato direto com o paciente durante a hospitalização. Nesse sentido, pode-se enfatizar a importância do enfermeiro em codificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia. O profissional poderá estabelecer um plano de cuidados adequado, eficaz e coerente às necessidades dos pacientes (Chubaci, Merighi, 2002). O processo comunicativo no ambiente hospitalar pode ser definido como toda interação na qual o enfermeiro esteja voltado para atender as reais necessidades do paciente que precisa de ajuda específica nesse ambiente (Paula, Furegato, Scatena, 2000).

Uma questão que merece destaque são as possíveis falhas no processo comunicativo entre enfermeiros e pacientes e a pouca importância que parece ser dado à comunicação durante a formação acadêmica.

Estudo de Sadala e Stefanelli (1996) mostra barreiras comunicacionais encontradas por alunos e profissionais recém-formados na prática assistencial hospitalar são algumas: a falta de domínio do processo de comunicação, o não estabelecimento de limites para o paciente, a ansiedade e as dificuldades para o oferecimento de apoio. Observa-se diante das falhas supracitadas, que as barreiras existentes durante o cuidar, remetem a um não conhecimento ou mesmo, a uma não aplicabilidade efetiva das técnicas comunicativas. Tal fato torna-se importante, já que reflete o perfil dos enfermeiros que repetem o paradigma da comunicação ineficaz.

A enfermagem, ciência que tem por base o cui-



dar, não se exime desse contexto, precisa da comunicação para se fundamentar como área autônoma principalmente para abolir o estereótipo atribuído pelo senso comum referente a profissão. Além disso, tem buscado se firmar como uma profissão racional e crítica e não meramente tecnicista, encontrando apoio no processo comunicativo que a dimensiona e a direciona ao cuidado holístico e humanitário quando o relacionamento interpessoal entre enfermeiros e pacientes hospitalizados é estabelecido.

Os estudos sobre comunicação precisam sair do âmbito acadêmico a fim de que seus resultados possam realmente ser utilizados para atingir a excelência do cuidado (Rossi, Batista, 2006; Stefanelli, 1993; Stefanelli, Carvalho, 2005), nesse caso a comunicação terapêutica.

Essa consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação, para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios e a auto-realização para enfrentar seus problemas (Stefanelli, 1993; Stefanelli, Carvalho, 2005). Porém muitas vezes os enfermeiros podem agir de maneira não comunicativa, requerendo atenção para que esse fato não ocorra e a comunicação atue como um instrumento de cuidar. Nesse estudo terá como objeto apenas a não-terapêutica, como forma de alertar os enfermeiros nas suas interações assistenciais.

Seguindo a teórica Stefanelli, as técnicas de comunicação terapêutica são classificadas em três grupos, a saber: Expressão, Clarificação e Validação. No primeiro grupo encontra-se as técnicas que ajudam a descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos sobre essa. No grupo de Clarificação são apresentadas técnicas que ajudam o profissional a esclarecer o que foi expresso pelo paciente. E no grupo de Validação são introduzidas as técnicas que permitem a existência de significação comum do que é expresso.

Assim como existem técnicas, estratégias ou guias para tornarem terapêutica a comunicação, há também, na comunicação diária, social e profissional, o que se pode chamar de comunicação não-terapêutica. Alguns aspectos que caracterizam esse grupo existente em algumas atuações comunicativas. São eles: Não saber ouvir; Linguagem Inacessível; Dar conselhos; Julgar o comportamen-

to; Manter-se na Defensiva; Pôr o Paciente à Prova; Mudar de Assunto Inadequadamente; Comunicação Unidirecional; Dupla Mensagem e Desconfirmação.

Assim o presente estudo busca ao caracterizar o processo comunicativo entre enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar, atentar os enfermeiros para sua conduta diante dos mais variados aspectos comunicativos no seu cotidiano. Estudos dessa natureza justificam-se pela busca da comunicação de fato terapêutica no âmbito assistencial. Assim objetivou-se: Caracterizar a comunicação não terapêutica entre enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar segundo os pressupostos de Stefanelli (1993).

## PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Estudo descritivo e exploratório, já que observa, conta, descreve e classifica os fenômenos estudados, bem como investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais se relacionam (Polit, Beck, Hungler, 2004). Portanto, a pesquisa descreve e investiga a comunicação entre enfermeiros e pacientes no ambiente hospitalar de forma a considerar os fatores internos e externos que interferem e/ou auxiliam a sua prática. Tem uma abordagem predominantemente quantitativa.

Foi realizado num hospital na região do Sertão Central estado do Ceará. A instituição foi escolhida inicialmente por ser campo de estágio da primeira autora e também por ser referência para a cidade a qual se localiza e demais regiões circunvizinhas. Na coleta de dados, foram selecionados os setores de clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia, pois de acordo com o dimensionamento de pessoal da instituição, é direcionado um enfermeiro para os três setores e como o período de internação é de no mínimo dois dias, o contato com os enfermeiros torna-se mais fácil e conveniente e as possibilidades da utilização das técnicas comunicativas são maiores. A clínica cirúrgica possui 12 leitos e o setor obstétrico 16 leitos, sendo que oito estão na sala de pré-parto e parto e oito no alojamento conjunto. Já a clínica médica é composta por nove enfermarias com 32 leitos. O estudo foi desenvolvido no mês de Julho de 2008 nos turnos manhã, tarde e noite de acordo a escala de cada profissional observado.

Optou-se pela técnica de observação sistemática não participante, que tem como característica básica o planejamento prévio e a utilização de anotações, recorrendo ao uso de recursos técnicos, mecânicos ou eletrônicos (Marconi, Lakatos, 2006). O observador deliberadamente se mantém na posição de observador e espectador, evitando se envolver ou deixar-se envolver com o objeto da observação. Para tanto, utilizou-se um check-list, adaptado de Stefanelli(1993) com as estratégias de comunicação terapêutica. Elaborou-se outro instrumento que contemplou os dados de identificação pessoal e profissional, além do procedimento observado.

Os dados foram agrupados em tabelas, as quais contemplaram os profissionais observados, as interações realizadas e os itens pertinentes à comunicação não terapêutica. As discussões além de caracterizarem o processo comunicativo dos enfermeiros ainda consideraram aspectos gerais, aplicados ao cotidiano da enfermagem no ambiente hospitalar.

Foram contempladas todas as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Os enfermeiros assinaram os termos anteriormente ao início da coleta propriamente dita, porém não sabiam quando e nem qual procedimento exatamente estavam sendo avaliados. Além disso, é importante relatar que a pesquisadora adentrou no campo de pesquisa sete dias antes da coleta, para fazer parte da realidade observada. Esses cuidados foram tomados para que não houvesse mudanças drásticas por parte dos enfermeiros quanto à semiotécnica dos procedimentos por eles realizados. Os enfermeiros foram identificados com as letras A, B, C, D e E.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram os enfermeiros dos setores de clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia do hospital. A instituição conta com 14 enfermeiros; todos atuam nos setores especificados. De acordo

com o período estipulado para a coleta, a pesquisadora teve contato com 08 profissionais. Destes, dois se recusaram em participar e um foi abordado no período noturno, depois de estar num plantão de 48 horas. Mediante rotina da instituição, os profissionais que estão nessas condições têm direito a descanso se não houver nenhuma intercorrência. Como o horário da coleta coincidiu com o repouso desse profissional, a pesquisa não pôde ser realizada com o mesmo.

Do total, cinco enfermeiros foram observados, destes, três eram do sexo feminino e dois do masculino; a faixa etária variou entre 24 e 56 anos e o período de exercício da profissão, oscilou de um a 22 anos. Desses dois trabalham integralmente na assistência hospitalar e três deles atuavam também na Estratégia Saúde da Família(ESF) da cidade. A seguir, a tabela 1 mostra as interações ocorridas entre enfermeiros e pacientes de acordo com cada profissional observado.

*TABELA 01: Distribuição dos enfermeiros de acordo com as interações estabelecidas durante a assistência. Ceará, 2008*

ENFERMEIROS	INTERAÇÕES	TOTAL DE INTERAÇÕES
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita aos Pacientes</li> <li>▪ Sondagem vesical</li> <li>▪ Orientações ao paciente sobre cirurgia</li> <li>▪ Verificação da P.A</li> <li>▪ Avaliação das parturientes</li> </ul>	05
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita aos pacientes</li> <li>▪ Realização de curativo cirúrgico I</li> <li>▪ Realização de curativo cirúrgico II</li> </ul>	03
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Visita aos pacientes</li> <li>▪ Orientações ao paciente sobre cirurgia</li> <li>▪ Verificação da P.A e temperatura</li> <li>▪ Toque vaginal</li> <li>▪ Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto vaginal</li> <li>▪ Orientações à parturiente</li> <li>▪ Orientações às puérperas</li> <li>▪ Orientações a paciente que se submeteria à cesariana</li> <li>▪ Punção venosa</li> </ul>	9
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Punção venosa</li> </ul>	01
E	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vacinação das puérperas</li> <li>▪ Sondagem vesical</li> <li>▪ Realização de curativo contaminado</li> </ul>	03
<b>TOTAL</b>	-	<b>21</b>

De acordo com a tabela 1, foram observadas 21 interações entre enfermeiros e pacientes durante o período de coleta. Destas, algumas se direcionam exclusivamente à prática comunicativa, como é o caso das orientações ao paciente sobre cirurgia, orientações às parturientes, às puérperas, à pacien-

te que se submeteria à cesariana e também à visita aos pacientes.

Por outro lado, algumas das interações requereram além da comunicação, a semiotécnica, como foi o caso da sondagem vesical, da verificação da pressão arterial(PA) e temperatura, realização dos curativos, acompanhamento da evolução e trabalho de parto vaginal, punção venosa e vacinação das puérperas.

Como mostra a tabela, dos 05 profissionais, o que mais estabeleceu contato com os pacientes foi o enfermeiro C, realizando nove das 21 interações totais. Dentre elas, citam-se: visita aos pacientes, orientações ao paciente sobre cirurgia, verificação da P.A e temperatura, toque vaginal, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto normal, orientações à parturiente, orientações às puérperas e à paciente que se submeteria à cesariana e punção venosa.

O segundo profissional que mais promoveu interações com os pacientes foi o enfermeiro A, estabelecendo cinco delas, sendo citadas: visita aos pacientes, sondagem vesical, orientações ao paciente sobre cirurgia, verificação da P.A e avaliação das parturientes.

Os enfermeiros B e E realizaram três interações cada. O enfermeiro B executou: visita aos pacientes, realização de curativo cirúrgico I e realização de curativo cirúrgico II.

Já o Enfermeiro E, fez: vacinação das puérperas, sondagem vesical e realização de curativo contaminado. Por último o enfermeiro D estabeleceu uma interação que foi a punção venosa.

A seguir, a tabela 2 mostra os itens referentes à comunicação não-terapêutica, adaptados de Stefanelli, assim como, sua relação com as interações assistenciais estabelecidas entre pacientes e enfermeiros observados.

De acordo com a tabela foram encontradas 32 situações não terapêuticas. Observa-se que o enfermeiro A foi o profissional que mais itens não-terapêuticos(11). O enfermeiro E apresentou sete situações, os profissionais B e C, seis atuações e o enfermeiro D apenas dois, sendo o que menos vezes se enquadrou nos tópicos referentes à classificação não-terapêutica.

Usar Jargão Profissional foi o item mais praticado dentro da comunicação não-terapêutica, sendo visualizado por três vezes na prática dos enfermeiros A e D; por duas vezes pelos enfermeiros B e C e uma vez pelo enfermeiro D. O segundo item que mais apareceu foi o item seis, Comunicação Unidirecional.

Já o item Oferecer Falsa Tranquilização, foi praticado duas vezes pelo enfermeiro A e uma vez pelos enfermeiros C e E. Mudar de Assunto Inadequadamente foi observado uma vez na prática assistencial dos enfermeiros A e E e duas vezes sendo praticado pelo profissional B.

O item Dar Conselhos foi usado uma vez pelos enfermeiros A e C. Dar Resposta Estereotipada foi observado em uma situação nas interações do profissional A, quanto nas atuações do profissional E.

Não Saber Ouvir foi realizado apenas uma vez pelo enfermeiro B. O item Usar Termos Com Conotação De Julgamento foi usado uma única vez pelo enfermeiro B. Induzir Resposta foi praticado em uma situação pelo profissional A.

## DISCUSSÕES

Foram observadas 21 interações comunicacionais durante a assistência de enfermagem em âmbito hospitalar. Mendoza, Castañón e Luis (2002), ratificam que é responsabilidade dos enfermeiros garantir o domínio sobre as condições e processos técnicos necessários para receber um

*Tabela 2: Distribuição dos itens pertinentes à Comunicação Não-Terapêutica, mediante interações realizadas pelos enfermeiros. Ceará, 2008.*

GRUPOS COMUNICATIVOS	ENFERMEIROS					Total
	A	B	C	D	E	
Usar jargão profissional	3	2	2	1	3	11
Comunicação unidirecional	2	-	2	1	2	7
Oferecer falsa tranquilização	2	-	1	-	1	4
Mudar de assunto inadequadamente	1	2	-	-	1	4
Dar conselhos	1	-	1	-	-	2
Dar resposta estereotipada	1	-	-	-	1	2
Não saber ouvir	-	1	-	-	-	1
Usar termos com conotação de julgamento	-	1	-	-	-	1
Induzir resposta	1	-	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>32</b>

serviço de saúde e estabelecer um processo de comunicação mais que informativo, favorável à interação que proporcione o compartilhar de expectativas, valores e sentimentos entre eles e os clientes. Neste sentido o processo comunicativo relacionado ao enfermeiro, é empregado em situações como: a entrevista, o exame físico, o planejamento da assistência, as orientações aos indivíduos, famílias e comunidades (Oliveira et al, 2005). Em suma ela perpassa todas as atividades de enfermagem.

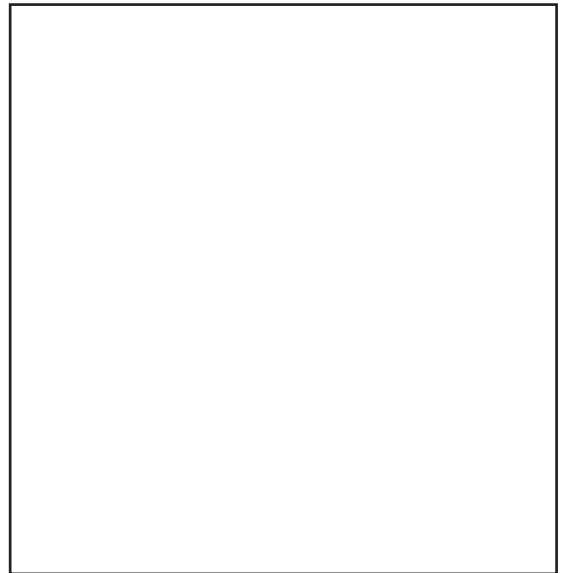
Na tabela 2 referente aos grupos não-terapêuticos ocorreram um total de 32 vezes durante as interações observadas, independente de cada enfermeiro. Dentre eles dois chamaram bastante a atenção, visto que quando comparado com os demais ocorreram em número maior, a saber: Usar Jargão Profissional e Comunicação Unidirecional.

O item que mais apareceu independente do profissional que o executou foi o item Usar Jargão Profissional. É comum nas instituições de saúde o profissional utilizar linguagem inacessível, como jargões ou termos técnicos ou científicos quando interage com paciente (Stefanelli, Carvalho, 2005). A não compreensão desta forma específica de comunicação parece tornar o paciente ansioso e, em alguns casos, pode causar sentimentos depressivos, ansiedade e até levá-lo ao isolamento (Macêdo, Pagliuca, 2005). Ao se remeter esse resultado para a interação com o paciente, deve-se considerar também que o uso predominante da linguagem técnica pode ser uma barreira na comunicação gerando medo, ansiedades, podendo refletir no prognóstico do paciente.

Apesar do hábito adquirido ainda na academia de utilizar termos técnicos ao se comunicarem, os enfermeiros precisam se policiar e discernirem como, quando e onde utilizá-los; no caso do contato com os pacientes estes não devem se fazer presentes já que se comportam como barreiras comunicativas.

O segundo item que também apareceu em um quantitativo importante foi o item Comunicação Unidirecional. A comunicação só poderá se efetuar eficazmente se essa perpassar de modo bilateral e horizontal na maior parte das interações.

Quando a comunicação unidirecional ocorre quando só o profissional falava, tem-se um monó-



logo, uma vez que não é dada oportunidade ao paciente para se manifestar (Stefanelli, Carvalho, 2005). Este modo de comunicação torna-se mais fácil para o emissor, pois este detém o controle da situação. O paciente torna-se um elemento passivo quando recebe orientação sobre algum exame que irá fazer, mas não tem oportunidade de esclarecer suas dúvidas. O resultado em geral é sua não cooperação

A comunicação entre enfermeiros e pacientes, sobretudo no ambiente hospitalar, deve ser obrigatoriamente terapêutica, sendo esta, não um passatempo casual, mas sim uma atitude profissional deliberada e planejada, já que durante o processo de hospitalização, o paciente é afastado de seu ambiente familiar, das atividades sociais e profissionais, passando a vivenciar um novo cotidiano (Rossi, Batista, 2006).

Para que o enfermeiro possa corrigir sua deficiência na comunicação precisará, antes demais nada, ter consciência do fato e desenvolver-se na habilidade de ouvir reflexivamente.

O item Oferecer Falsa Tranquilização foi realizado pelo enfermeiro A, C e E. Para Stefanelli, essa ação do enfermeiro promove ou dificulta as respostas negativas do paciente (Stefanelli, 1993). Uma das características da enfermagem é lidar com diferentes questões emocionais não só do cliente como do próprio profissional. Para isso,

deve lançar mão de instrumentos básicos da relação de ajuda que envolvem o processo comunicativo, como o diálogo para atingir a cura (Machado, Leitão, Holanda, 2005).

Mudar de Assunto Inadequadamente também foi observado. Mudar de assunto inadequadamente ou intercalar subitamente na conversa do paciente um assunto diferente, pode significar para este menosprezo de idéias, e não importância para com suas palavras. Em geral isso é feito inconscientemente ou não, para evitar um assunto que não se conhece ou não se domina (Stefanelli, Carvalho, 2005).

Mudar de assunto inadequadamente ou intercalar subitamente na conversa do paciente um assunto diferente, pode significar para este menosprezo de idéias, e não importância para com suas palavras. Em geral isso é feito inconscientemente ou não, para evitar um assunto que não se conhece ou não se domina.

Outro item que surgiu apenas uma vez foi Dar Conselhos. Dar conselhos ou dizer ao paciente o que ele deve fazer impede-o de tomar suas próprias decisões. Em geral, quando se emite conselhos a alguém, tem-se como base, julgamento e esquema de valores próprios (Stefanelli, Carvalho, 2005).

A comunicação é importante para a pessoa hospitalizada tanto no que se refere à compreensão do jargão local quanto à segurança necessária ao paciente nessas condições. Assim, o profissional enfermeiro deve oferecer uma relação de ajuda, baseada no processo comunicativo, na qual, pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida (Paula, Furegato, Scatena, 2000).

O mesmo ocorre quando se dá uma opinião sobre a experiência ou questões que o paciente apresenta. O ideal é que se forneçam elementos ao paciente para que ele decida o que é mais adequado à situação por ele vivenciada.

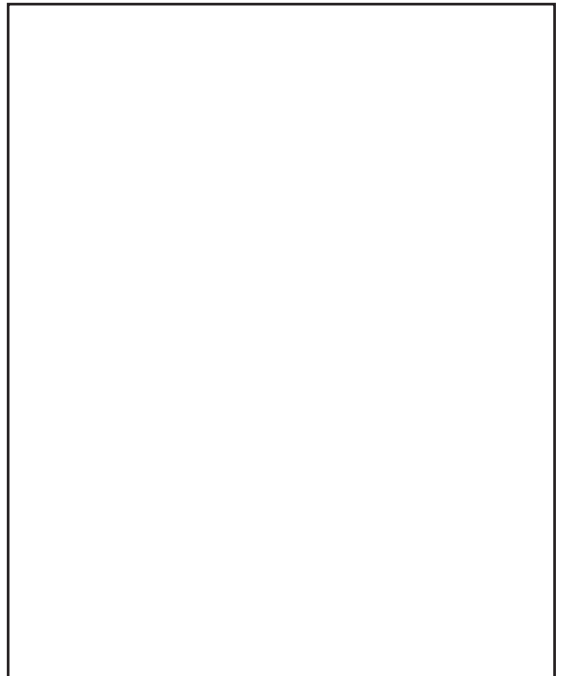
Foi encontrado o item Dar Resposta Estereotipada, esta reação do enfermeiro, geralmente está relacionada, com seu estado emocional, e pode ser causada por problemas que nada têm a ver com o que o paciente fala (Stefanelli, Carvalho, 2005). Deve ser evitada, mas, quando ocorre, o enfermeiro poderá procurar corrigir-se dizendo ao

paciente que está preocupado com algo, mas que tentará compreendê-lo (Bermúdez, Garcia, 2006).

Referente ao tópico Não Saber Ouvir, que apareceu apenas uma vez, o motivo do enfermeiro na maioria das vezes não saber ouvir o paciente pode significar que suas próprias necessidades são por ele colocadas acima das do paciente; nesse caso o paciente pode supor que o profissional não tem interesse por ele, e não se preocupa com suas necessidades (Rossi & Batista, 2006; Macedo, Pagliuca, 2005).

O item Usar Termos com Conotação de Julgamento foi usado pelo enfermeiro B. Julgar o comportamento do paciente e emitir opinião própria sobre o mesmo tira-lhe o direito de tomar decisão.

Deve-se evitar na comunicação com o paciente o uso de termos que denotem julgamento. Termos como “bom” e “mau”, “certo” e “errado” ou expressões verbais e não-verbais que indiquem aprovação ou reprovação são usados com base nos valores de quem os emite (Braga, Berti, Risso, Silva, 2009). A pessoa pode transmitir ao paciente a informação daquilo que ela gosta ou pensa e, o paciente, para agradá-la, pode passar a agir dessa maneira ocultando informações sobre si próprio e sobre seu estado de saúde.





O item Induzir Resposta foi realizado pelo profissional A. Uma reflexão importante que deve ser dada é a sobrecarga pelo quais os profissionais da enfermagem estão submetidos. O que muitas vezes gera imediatismo nas respostas de interações comunicacionais.

Um estudo (Takaki, Sant'ana, 2004) mostrou que um dos fatores identificados como impossibilitador da empatia no cuidado ministrado pelos enfermeiros, foi a falta de tempo em função da grande demanda de clientes para serem atendidos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados e discutidos, constata-se que os itens não-terapêuticos estiveram presentes nas interações da maioria dos enfermeiros. Atenta-se ao fato de que, o mais utilizado foi o uso de jargão profissional. Constatou-se que, embora os enfermeiros não se atentem na maioria das vezes para as técnicas comunicativas até mesmo por possivelmente não conhecê-las, as utilizam cotidianamente de uma forma ou de outra. A comunicação é um instrumento básico para a enfermagem, e para que ela seja usada de maneira terapêutica os profissionais necessitam ter consciência das suas principais falhas.

### REFERÊNCIAS

- Bermúdez ICN, Garcia GPR. (2006) La comunicación com los pacientes. Invest. Educ. Enferm., 24(1): 94-98.
- Braga EM, Berti HW, Risso ACMCR, Silva MJ (2009). Relações interpessoais da equipe de enfermagem em centro cirúrgico Rev. SOBECC,14(1):22-29.
- Chubaci RYS, Merighi MAB. (2002) A comunicação no pro-

cesso da hospitalização do imigrante japonês. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, 10(6):805-812.

- Macêdo KNF, Pagliuca LMF. (2005) Características da comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e deficientes visuais. Revista Paulista de Enfermagem, 23(3): 221-226.
- Marconi MA, Lakatos EM. (2006) Metodologia do Trabalho Científico. Atlas, São Paulo (BR).
- Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX (2005) O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. Rev. Latino-am. de enfermagem,13(5): 723-728.
- Mendoza AZ, Castañón MAH, Luis MAV. (2002) Importância da comunicação na avaliação da qualidade da atenção de enfermagem e a satisfação da mulher depois do parto. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Anais...São Paulo.
- Oliveira PS et al. (2005) Comunicação terapêutica em enfermagem, revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. Rev. Eletrônica de Enfermagem, 7(1):54-63.
- Paula AAD, Furegato ARF, Scatena MCM (2008). Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, 8(4): 45-51.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Artmed, Porto Alegre(BR).
- Rossi OS, Batista NA. (2006) O ensino da comunicação na graduação em medicina- uma abordagem. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 10(19):93-102.
- Sadala MLA, Stefanelli MC. (1996) Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Latino-Am. de Enfermagem, 4(esp): 139-152.
- Stefanelli MC (1993). Comunicação com paciente - Teoria e ensino. Robe, São Paulo (BR).
- Stefanelli MG, Carvalho ECA. (2005) Comunicação nos Diferentes Contextos da Enfermagem. Manole, São Paulo(BR).
- Takaki MH, Sant'ana DM. (2004) A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enfermagem, 9(1): 79-83.





## ESCLEROSE MÚLTIPLA CONHECER PARA MELHOR CUIDAR

<sup>1</sup> Zuila Maria de Figueiredo Carvalho, <sup>2</sup> Priscila Alencar Mendes, <sup>3</sup> Layana de Paula Cavalcante, <sup>4</sup> Maria Goretti Soares Monteiro, <sup>5</sup> Jacqueline Dantas Sampaio, <sup>6</sup> Maria Corina Amaral Viana

<sup>1</sup> Pós-Doutora en Enfermagem pela Universidade Nova de Lisboa. Portugal.

<sup>2</sup> Estudante de Enfermagem. <sup>3</sup> Estudante de Enfermagem.

<sup>4</sup> Docente de la Universidad Fortaleza -UNIFOR. Membro do NUPEN - DENF/FFOE/UFC. <sup>5</sup> Especialista en Enfermagem de Emergencia.

<sup>6</sup> Docente de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA.

implemented by students, guided and supervised by teachers of nursing, is a tool in teaching and learning of caring.

**Key-Words:** Multiple Sclerosis, Nursing Diagnosis, Nursing Care, Education, Nursing, Baccalaureate.

### ESCLEROSIS MULTIPLE - CONOCER PARA MEJOR CUIDAR

#### RESUMEN

El estudio presenta los aspectos fisiopatológicos y asistenciales de la esclerosis múltiple. Tiene como objetivo relatar el conocimiento adquirido por alumnos de enfermería sobre el cuidado, específicamente en personas con discapacidades causadas por la esclerosis múltiple y aún, presentar las intervenciones de enfermería que puedan auxiliar en la promoción de la salud y en la mejoría de la calidad de vida. Trata de un estudio de caso, fundamentado en la colecta de datos por medio de entrevista, examen físico y búsqueda de manera sistemática la identificación de problemas. Los resultados están presentados, en forma de historia clínica, los diagnósticos y la planificación de los cuidados elaborados para una paciente portadora de esta enfermedad. La experiencia presentada permite evidenciar que describir las bases asistenciales de los cuidados de enfermería percibidos e implementados por alumnos, orientados y supervisados por docentes de enfermería, es una herramienta en la enseñanza-aprendizaje del cuidar.

### MULTIPLE SCLEROSIS - KNOW TO BETTER CARE

#### Abstract

The study shows the care and pathophysiological aspects of multiple sclerosis. It aims to report the knowledge acquired by nursing students on the care, specifically of people with multiple sclerosis caused disabilities and also provide nursing interventions that might help in promoting the welfare and improving the life quality. This is a case study, based on data collected through interviews, physical examination and search on records in a systematic way to identify problems. The results are presented in the form of clinical history, diagnoses and planning care for a female patient who developed the disease. The experience presented herein provides evidence that describing the basics of nursing care perceived and

**Palabras Claves:** Esclerosis Múltiple, Diagnósticos de Enfermería, Atención de Enfermería; Bachillerato en Enfermería.

## RESUMO

**O** estudo apresenta os aspectos fisiopatológicos e assistenciais da esclerose múltipla. Tem como objetivo relatar o conhecimento apreendido por alunos de enfermagem sobre o cuidado, especificamente em pessoas com incapacidades ocasionadas pela esclerose múltipla e ainda, apresentar as intervenções de enfermagem que possam auxiliar na promoção do bem estar e na melhoria da qualidade de vida. Trata de um estudo de caso, fundamentado na coleta de dados por meio de entrevista, exame físico e busca em prontuário de maneira sistemática com vistas à identificação de problemas. Os resultados estão apresentados, em forma de história clínica, os diagnósticos e o planejamento dos cuidados elaborados para uma paciente portadora desta doença. A experiência ora apresentada permite evidenciar que descrever as bases assistenciais dos cuidados de enfermagem apreendidos e implementados por alunos, orientados e supervisionados por docentes de enfermagem, é uma ferramenta no ensino-aprendizagem do cuidar.

**Palavras chaves:** Esclerose Múltipla, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Bacharelato em Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo mostra uma revisão a respeito da fisiopatologia da esclerose múltipla, bem como os aspectos do cuidar dos portadores desta doença tão devastadora na vida da pessoa acometida.

Trata-se de um estudo desenvolvido por bolsistas e enfermeiras membros do Núcleo de Investigação em Enfermagem Neurológica (NUPEN) da Universidade Federal de Ceará. Este núcleo tem a preocupação de estar pesquisando doenças, cuidados e formas de reabilitação de pessoas que convivem com problemas relacionados ao sistema nervoso.

A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurológica de causa desconhecida, ocasionada pela inflamação e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central. Esta condição clínica determina sintomas e sinais neurológicos sumamente variados e múltiplos, às vezes com remissão, outras com exacerbações, fazendo o diagnóstico, o prognóstico e a eficiência dos medicamentos discutíveis (Greenberg, Aminoff, Simon, 2005 e Callegaro, 2009).

Assim sendo, conhecer a doença e aprender a cuidar destas pessoas com base nas etapas da metodologia científica da assistência de enfermagem: histórico, diagnósticos, planejamento de intervenções e dos resultados, implementação e avaliação do cuidado ofertado é um desafio no ensino-aprendizagem.

O cuidado foi conceituado sob várias vertentes, neste estudo optamos pela concepção de Siles et al., (2001, p.73), que dizem ser “O produto da reflexão sobre as idéias, os fatos e as circunstâncias relacionadas com o processo de satisfação de necessidades do ser humano e que garantem a integridade e a harmonia de todas e cada uma das etapas que constituem a vida humana”.

A metodologia da assistência de enfermagem também, denominada de Processo de Enfermagem (PC) é uma abordagem de solução de problemas voltada para o atendimento das necessidades humanas da pessoa, família e comunidade. A utilização da metodologia da assistência exige do enfermeiro habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e consiste de cinco fases sequenciais, levantamento de problemas, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (Phaneuf, 2001; Carvalho, Silva, Meneses e Brito, 2007).

Tejada Domínguez e Ruíz Domínguez, (2009) referem que a articulação entre NANDA, NIC e NOC constitui uma ferramenta no planejamento da assistência, modo de pensar também por nós corroborado.

O presente estudo se fundamentou num levantamento dos aspectos fisiopatológicos da esclerose múltipla, nas principais complicações clínicas resultantes desse tipo de doença, na identificação dos problemas reais e potenciais, determinação de diagnósticos de enfermagem, por último o planeja-

mento do cuidado, na apresentação das intervenções de enfermagem e resultados esperados, que possam auxiliar na promoção do bem estar e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com vista em aprender a cuidar de pessoas com essa situação clínica.

Justifica-se com base na lacuna existente na literatura a respeito do tema esclerose múltipla, em especial, artigos acadêmicos realizados por enfermeiros. Creemos que este é mais uma contribuição para a prática profissional e para o saber da enfermagem neurológica.

O estudo teve como objetivos relatar o conhecimento apreendido por alunos de enfermagem sobre o cuidado para uma pessoa com esclerose múltipla e apresentar o planejamento do cuidado realizado com a paciente visando à promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1- Aspectos fisiopatológicos e o cuidado a pessoa com esclerose múltipla:

A esclerose múltipla é uma doença neurológica crônica, de características desmielinizantes, que ataca a transferência de impulsos nervosos através da bainha de mielina pela formação de placas de esclerose no sistema nervoso (Kalb,2000) .

Esta doença, ainda tem as causas desconhecida, mas alguns autores crêem que seja uma doença auto-imune, ocasionada por um evento primário de infecção viral numa fase inicial da vida (Boeije,Janssens,2008). O fator hereditário também tem muita influência, estudos demonstram que cerca de 5 % dos indivíduos com esclerose múltipla têm um irmão ou uma irmã com a mesma afecção e 15 % têm algum familiar que sofre dela.A esclerose múltipla geralmente surge entre jovens adultos principalmente, entre a segunda e quarta década de vida, acometendo, em maior frequência, o sexo feminino (Rousseff, Tzvetanov e Rousseva, 2005).

Por ser uma doença que atinge o sistema nervoso central existe a possibilidade de ocorrer vários tipos de alterações conforme a região atingida. A esclerose múltipla pode comprometer três regiões do sistema nervoso: quando atinge a medula espinhal pode ocasionar fraqueza, espasmos musculares, fadiga, distúrbios sexuais; ao atingir o

tronco cerebral pode causar diplopia, nistagmo, ataxia, disartria e disfagia e ao lesar os hemisférios cerebrais pode ter declive intelectual, depressão, euforia, demência, entre outras alterações. Fenômenos transitórios como epilepsia, espasmos tônicos e fenômenos de Uhthoff, também podem ser referidos (Boeije,Janssens, 2008 e Rousseff, Tzvetanov,Rousseva, 2005).

É uma doença de difícil diagnóstico, uma vez que os sintomas surgem de formas isoladas, demorando meses e anos para surgir outro sintoma. Ainda que seja de difícil diagnóstico, uma vez que os sintomas surgem de formas isoladas, há um grande recurso tecnológico com exames de alta precisão.

Um dos exames para a obtenção do diagnóstico é através da extração de uma mostra de líquido cefalorraquidiano feito por meio de uma punção lombar. Em pessoas com esclerose múltipla, os valores de glóbulos brancos e de proteínas no líquido são ligeiramente superiores aos normais; pode ter também um aumento da concentração de anticorpos e em 90 % dos afetados de esclerose múltipla se encontram tipos específicos de anticorpos e de outras substâncias (Regachary e Lin, 2005).

O exame de maior precisão para o diagnóstico é a ressonância magnética, podendo revelar a presença de áreas do cérebro que perderam a mielina. A ressonância magnética pode inclusive distinguir áreas de desmielinização ativas e recentes de outras mais antigas que se produziram tempos atrás.

Devido às fortes evidências de ser uma doença auto-imune, ao longo dos anos vêm usando-se drogas imunossupressoras e imunomoduladoras. Tais tratamentos têm como objetivo controlar e modular as células T auto-reativas, que parece desempenhar um papel importante na fisiopatologia do processo inflamatório-desmielinizante. As terapias mais utilizadas são injeções com interferons, acetato de glatiramer, azatioprina e ciclosporina segundo Kalb,(2000). Outros tratamentos ainda em investigação são com a utilização de outros interferons, mielina oral e copolímero (Greenberg, Aminoff,Simon, 2005 e Regachary, 2005).

Para atender nossos objetivos de um cuidado holístico é necessário além de um ótimo tratamento farmacológico com imunossupressores obter

também melhora da qualidade de vida diária, com técnicas de reabilitação que amenizem as incapacidades adquiridas com a doença.

A fim de ajudar as pessoas com esclerose múltipla a que vivam o mais próximo da convivência social com autonomia a enfermagem ensina aos pacientes estratégias que podem ser utilizadas para o confronto de situações que são consideradas por eles como constrangedoras (Almeida,Rocha, Nascimento, Campelo, 2007) .

Muitos pacientes sofrem de incontinência urinária e intestinal e a enfermagem está presente para ensiná-los a cerca da utilização de sondas de alívio, supositórios, bem como para fazer orientações aos cuidadores deles.

A mudança de decúbito, de duas em duas horas é um dos cuidados prestados a uma pessoa com esclerose múltipla que se encontra restricta ao leito, esse cuidado objetiva a prevenção de úlceras por pressão. A hidratação das proeminências ósseas (áreas de maior pressão) com óleos e cremes, bem como a elevação dos membros ou qualquer outra estratégia que melhore a circulação destas pessoas que têm a mobilidade diminuída, também contribui para esta prevenção.

A enfermagem também pode minimizar alguns efeitos respiratórios ocasionados pela imobilidade, a orientação para exercícios de tosse e respiração profunda evitam a acumulação de secreção brônquicas e o fortalece a musculatura expiratória.

Nesse momento a enfermagem também cuida do emocional. Ela trabalha a aceitação da doença pelo paciente, fazendo com que assim ele passe a ter um comportamento de busca de saúde, uma vez que muitos ficam com auto-estima baixa a ponto de que se neguem a prestar os autocuidado.

## **2.2- O Processo de cuidado em Enfermagem para a pessoa com esclerose múltipla**

O processo de enfermagem direcionado ao portador de esclerose múltipla não pode ser generalizado. Apesar de variedade de necessidades, dificuldades e complicações comuns a todos, cada pessoa tem suas particularidades, seus valores, crenças e formas de confronto, além de que sejam influenciadas por outras pessoas e pelo ambiente.

Nesse sentido os planos de cuidados e os serviços oferecidos a essas pessoas devem ser indivi-

dualizados. A enfermeira deve conhecer em profundidade as características da pessoa, de sua família e de seu ambiente. Desse modo, pode-se fazer um planejamento específico para as necessidades de cada pessoa (Fernandes, Modesto Filho, Nóbrega,2004) .

A fase do levantamento dos dados tem como propósito identificar problemas, preocupações, necessidades afetadas ou reações humanas do paciente, direcionando a fase seguinte, a elaboração dos diagnósticos.

Conforme a taxonomia II da North American Nursing Diagnóstico Association (NANDA,2008), o diagnóstico de enfermagem é um juízo clínico feito pela enfermeira sobre a reação de uma pessoa face a seu problema de saúde, é constituído da declaração diagnóstica, fatores relacionados e características definidoras. Os diagnósticos, depois de que sejam estabelecidos, propiciaram o foco central para as fases subseqüentes.

O planejamento das intervenções é o momento que se estabelece prioridades para os problemas diagnosticados, fixação de metas com o paciente, de modo a corrigir, minimizar ou prevenir problemas, e registo dos diagnósticos, resultados e intervenções, de um modo organizado no plano de cuidado e a última fase chamada de evolução é uma etapa sempre em processo que determina o quanto as metas de cuidados foram atingidas, o progresso do paciente. Instituí medidas corretivas e revisei o plano de cuidado, sempre que foi necessário.

## **3. METODOLOGIA**

A investigação descritiva do tipo estudo de caso. Sobre o estudo de caso pode-se asseverar que utilizá-lo é um dos mais desafiadores esforços das Ciências Sociais. Esse método é um meio para organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Tal abordagem se refere a uma análise intensiva de uma situação particular segundo Yin,(2005) .

A opção pelo uso do Estudo de Caso esta relacionada à capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências, tais como: documentos, artefatos, entrevistas e observações. Como estratégia de investigação, esse método tem como vantagem contribuir com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, organizacionais,

sociais, políticos e de grupos, além de outros fenômenos relacionados (Ellet, 2008) .

O estudo foi realizado com uma paciente portadora de Esclerose Múltipla, com 58 anos, os dados foram obtidos por meio de entrevista semi estruturada com dados relativos à história clínica e exame físico, que subsidiaram a elaboração do histórico de enfermagem.

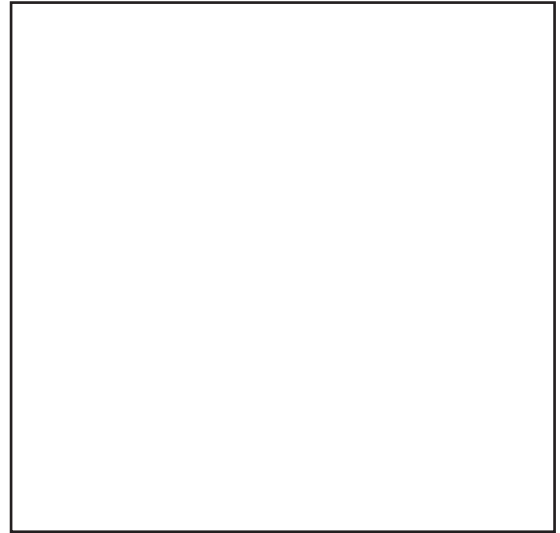
Os dados foram obtidos por meio de entrevista, Yin (2005) relata que uma das mais importantes fontes de informações para o estudo de caso são as entrevistas, elas são fontes essenciais de evidências para o estudo de caso por tratar das questões humanas.

O período em que ocorreu a coleta de dados foi o mês de janeiro de 2009 e envolveu os passos, a saber:

- Preparação dos instrumentos de coleta de dados;
- Organização das visitas ao domicílio da paciente;
- Aplicação dos instrumentos de coleta, no caso levantamento de problemas reais e potenciais, por meio da entrevista focada, com o objetivo de realizar o Histórico de Enfermagem;
- Elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem fundamentados na taxonomia II da NANDA(2008);
- Preparação do plano de cuidado utilizando as Intervenções recomendadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Dochterman e Bulechek, 2008) ;
- Estabelecimento dos Resultados com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead, Johnson e Maas,2008);
- Implementação do cuidado no domicílio, por meio de consultas de enfermagem
- Avaliação das intervenções.

Os resultados estão apresentados descritivamente e em quadro demonstrativo e a análise foi alumiada na literatura pertinente.

Os aspectos éticos foram embasados nas recomendações da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Brasil (1996), que estabelece os princípios para investigação que envolve direta ou indiretamente seres humanos. Para garantir o anonimato foi utilizado um nome fictício.



## 4. RESULTADOS - A APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

### 4.1. Conhecendo a Cliente - História de Vida da Cliente

Joana, mulher de 58 anos, branca, assistente social, católica praticante, divorciada faz 15 anos, portadora de Esclerose Múltipla faz 25 anos. Relata que sua doença teve início quando seu filho ainda era pequeno, nessa época apresentou crises neurológicas que afetaram a força e mobilidade e ao procurar ajuda médica foi diagnosticada com Esclerose Múltipla. J. começou a ter episódios frequentes de dormência e formigamento nas mãos e pés, também sentia fadiga intensa, o que a levou a procurar ajuda de um neurologista. Nesse momento da doença, ela se sentia incapaz de cumprir seus compromissos domésticos e profissionais, fatos que a levaram a recolher a aposentadoria e ao isolamento social.

Desde 1999 se locomove em cadeira de rodas, o que contribui para o confinamento no lar. As extremidades inferiores são débeis e com a sensibilidade deteriorada. Apresenta o pé esquerdo em gota, as transferências são dificultadas pela perda do equilíbrio, prejudicando o atendimento de suas necessidades de higiene. Depende da empregada doméstica para a manutenção dos afazeres domésticos e para as necessidades nutricionais e de higiene. A fadiga crônica e as preocupações com sua segurança à fazem mais sensível.

### Avaliação Física

1. Cognição/percepção: apresenta o campo visual esquerdo reduzido, o que interfere na visão periférica.
  - Esta alerta e orientado
  - Atenção: consegue manter a vigilância, mas sofre deteriorização com distração.
  - Concentração: dificuldade para as tarefas contínuas.
  - Memória: ocasionalmente apresenta dificuldade com a memória recente, especialmente para dados novos.
  - Raciocínio/juízo: às vezes, não incorpora as técnicas seguras.
  - Solução de problemas: consegue gerar soluções apropriadas. Reconhece as dificuldades para administrar o lar, resolveu o problema contratando uma doméstica.
2. Controle motor: o tronco apresenta tônus diminuído, ausência de marcha.
3. Sensibilidade/Dor: parestesia e sentido de posição deteriorado nos membros inferiores. Não relata queixa de dor.
4. Pele e Edemas: sem alterações. Ausência de edemas.
5. Equilíbrio: perde facilmente o equilíbrio quando se senta na cama. Essa perda é mais acentuada a qualquer movimento especialmente para vestir-se.
6. Mobilidade:
  - No leito: - rolamento independente: se agarra na parte lateral do colchão para adotar o decúbito lateral. - supina - sentada: controle precário precisa de várias tentativas para conseguir, relata que às vezes, leva até 15 minutos.
  - Transferências - sentada - ereta: independente na cadeira de rodas de encosto vertical com apoio para os braços. Segurança prejudicada com a perda do equilíbrio.- vaso sanitário: precisa de ajuda- Banha: banho na cadeira higiênica perde o equilíbrio com facilidade.
7. Marcha/ mobilidade funcional: a paciente usa cadeira de rodas o tempo todo. Ela representa um risco à sua segurança, em virtude dos problemas da função e da sensibilidade dos membros inferiores. Ela é observada movendo-se com a cadeira de rodas e ao mesmo tempo com o telefone na mão. Há

tapetes pequenos dispostos sobre o carpete, que ocupa toda a superfície. As vezes, ela se apóia nas superfícies estáveis para conseguir pegar produtos na despensa.

### 8. Autocuidado:

- Alimentação/ equipamento: independente. Faz comidas simples e balanceadas.
- Banho: sentada, é capaz de banhar todas as partes do corpo e realiza um desvio lateral do peso corporal para a limpeza das áreas periféricas.
- Vestir-se: tarefa extremamente difícil. Veste-se sentada numa cadeira giratória que desloca seu centro de gravidade quando ela realiza as tarefas para os membros inferiores. A mudança da posição para a ereta não é segura por causa da fadiga.
- Vaso sanitário: executa de modo independente, mas relata episódios de incontinência urinária, o que faz difícil o controle da roupa e a higiene.
- Administração do lar: realiza diariamente o preparo de comidas leves (torradas, sopa, comidas congeladas). Depende dos outros para a lavanderia, compra-las e a limpeza.
- Lazer/comunidade: está em contato com o mundo através do telefone sem fio. Atualmente está confinada ao lar. Os amigos planejam levá-la de carro para todos os encontros que ela possa que tenha.

### 4.2. Elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem.

A identificação dos diagnósticos foi realizada a partir do histórico de enfermagem, no qual, foram levantados os problemas reais e potenciais. (*Quadro I*)

### 4.3 Planejamento do Atendimento em Enfermagem

O cuidado de enfermagem foi planejado a partir dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia II da NANDA, (2008).As intervenções de enfermagem são estratégias criadas para auxiliar o cliente a chegar aos resultados. Elas se baseiam nos fatores relacionados, identificado nos diagnósticos de enfermagem. Neste direcionamento podemos afirmar que elas definem as atividades



necessárias para a eliminação dos fatores que contribuem para o problema de enfermagem e ainda, centram o foco nas atividades necessárias à promoção, manutenção ou restauração da saúde do cliente.

Neste estudo utilizamos a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de Dochterman e Bulechek, (2008) por consideramos sua utilidade no planejamento do cuidado, porque o uso de linguagem padronizada na prática profissional permite comparar e avaliar a eficácia dos cuidados prestados para além de comunicar aos demais a essência dos cuidados de enfermagem e auxilia no aperfeiçoamento da prática por meio de investigações.

Para a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) segundo Moorhead, Johnson e Maas, (2008), pois estes consistem de uma terminologia padronizada e indicadores para a mensuração dos resultados decorrentes das intervenções de enfermagem. De posse dos diagnósticos, elaboramos as intervenções e resultados, apresentados no quadro abaixo. (*Quadro II*)

#### **4.4. Implementação do Atendimento de Enfermagem**

A implementação do cuidar envolve: preparo, no qual o enfermeiro deve ter segurança do que vai fazer os motivos e a forma de fazer, além da maneira como prevenir riscos; execução das intervenções; determinação da resposta e implementação das mudanças necessárias (De Figueiredo Carvalho, Coelho Damasceno, Di Ciero Miranda, Victor Barbosa, 2006).

O processo de cuidar se deu por meio de visitas domiciliares com o desígnio de proporcionar sentimento de liberdade, conforto e segurança a cliente e facilitar o acesso às informações e o alcance das metas desejadas, fato também considerado por Mendoza, (2008, p.104), quando alerta aos enfermeiros que a consulta de enfermagem deve ser realizada num ambiente que favoreça a relação entre o profissional e paciente.

Foram realizadas nove visitas domiciliares, sendo as seis primeiras com frequência de duas visitas semanais e as demais com uma visita semanal. Estas tiveram duração de aproximadamente 2 horas a cada, sendo realizadas em perí-

odos variados do dia, respeitando a disponibilidade da pessoa e possibilitando maior enriquecimento das observações.

Durante a implementação do plano cuidado se procurava estimular a paciente a responsabilizar-se pela própria saúde, esclarecendo a importância de tais cuidados para seu bem-estar e da independência na realização das atividades de vida diária. Cada ensino foi validado verbalmente com a envolta e reproduzido de maneira prática, para garantir a aquisição das qualificações. (*Quadro III*)

#### **4.5 Avaliação do Cuidado de Enfermagem**

A avaliação foi desenvolvida no decorrer de todo o processo de enfermagem. Essa etapa é fundamental para verificar se o planejamento e a implementação das intervenções trouxeram resultados benéficos para a pessoa cuidada. Esta também proporciona uma base para a contínua apreciação e planejamento, para que sejam feitas mudanças quando necessário.

Nessa fase foi levado em consideração os aspectos referidos Cavalcante, (2007) não é necessária a resolução completa do problema identificado. Tendo ocorrido progresso considerável, de maneira que as pessoas cuidadas possam dominar o problema e reconhecer a melhora em sua própria capacidade de solucionar problemas, tem-se o momento ideal para iniciar a finalização.

### **5. DISCUSSÃO**

Com base na identificação dos diagnósticos de enfermagem, do estabelecimento de resultados e da proposta de intervenções de enfermagem para a paciente podemos considerar que a aplicação da sistematização do cuidado utilizando as conexões Nanda, Nic e Noc, constitui um avanço na profissão, porque proporciona melhor qualidade de vida a pessoa com esclerose múltipla e contribui de forma positiva para a complementação do processo de recuperação da saúde destas pessoas.

A utilização das conexões NANDA, NOC e NIC se constituiu de uma ferramenta para os alunos e que enfermeiros planejem cuidados de qualidade adaptados às necessidades da paciente, na opinião de Carvalho et al. (2007) fazer uso do sistema NANDA, NOC e NIC exige do enfermeiro habilidade intelectual, interpessoal e técnica. As habili-

dades intelectuais englobam a solução de problema, o raciocínio crítico e a realização de juízo de enfermagem. Essas habilidades direcionam a avaliação, a seleção ou a rejeição dos resultados e das intervenções propostas para cada diagnóstico.

Elaborar Diagnósticos de Enfermagem para pacientes neurológicos com esclerose múltipla se constituiu um instrumento e um método para a prática profissional, pois, o cuidar baseado na metodologia da assistência ajuda aos enfermeiros a tomar decisões e avaliar as conseqüências do cuidado.

O estabelecimento de resultados teve como propósito fornecer cuidados individualizados, promover a participação dos envolvidos, planejar cuidados de enfermagem realistas e mensuráveis e, ainda, permitir o envolvimento das pessoas de apoio.

A experiência de cuidar constituiu um elemento de promoção da autonomia, oferecendo aos enfermeiros independência em suas ações, contribuindo para a expansão de um corpo de conhecimentos próprios da enfermagem. Além de oferecer suporte e direção ao cuidado, permite ao paciente participar, com voz ativa, de seu tratamento e plano terapêutico favorecendo a melhoria de sua qualidade de vida, aspecto corroborado também por Hernández e Juan, (2008) quando falam que investigações na área do cuidado dá pessoa neurológica favorece a melhoria de sua qualidade de vida.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes portadores de Esclerose Múltipla, sujeitos a graves seqüelas neuromusculares precisam de um maior atendimento por parte dos profissionais de enfermagem, já que são eles que dispõem de maior tempo ao lado do paciente, estando responsável por orientações a respeito da aceitação da doença, do autocuidado e de seus cuidadores, para assim favorecer a independência dos pacientes, que contribui para uma melhor qualidade de vida e evita o isolamento social.

Para isto, faz-se necessário que os profissionais que cuidam esse tipo de paciente estejam sempre atualizados e capacitados no área da enfermagem neurológica, pois com um maior conhecimento científico eles terão condições de prestar um cuidado do que seja realmente efetivo.

Dessa forma, o enfermeiro se mostra capaz de atuar na reabilitação do paciente, aumentando suas esperanças em superar os obstáculos e limitações da doença. O enfermeiro apresenta ao paciente a possibilidade de adaptar-se as novas condições impostas pela enfermidade.

É importante ressaltar que a esclerose múltipla por ser uma doença crônica não tem cura e nesse caso a aceitação é fundamental, como também o esclarecimento de que alguns momentos de sintomas agudos podem surgir e novas adaptações serão necessárias.

Creemos que o processo de enfermagem articulando a NANDA, NIC e NOC auxilia na determinação do impacto que os enfermeiros causam no sistema de prestação de cuidados à pessoa com esclerose múltipla; facilita a comunicação dos tratamentos de enfermagem a outros enfermeiros e provedores de cuidados e ainda, auxilia os educadores a elaborem currículos que melhor se articulem à prática clínica.

O estudo contribuirá no avanço do conhecimento da enfermagem e nos esforços para que a enfermagem tenha lugar no palco das políticas de saúde.

## 7. REFERÊNCIAS

- Almeida, L.H.R.B. de; Rocha, F.C.; Nascimento, F. C. L. do; Campelo, L. M. (2007) Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: relato de experiência. Rev. Bras. Enferm. 60(4): 460-463.
- Boeije, H. ; Janssens, A. (2008) "It might happen or it might not": how patients with multiple sclerosis explain their perception of prognostic risk. Social Science & Medicine, 59:861-868.
- Brasil (1996) Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília.
- Callegaro, D. Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla. Disponível <<http://www.copacabanarunners.net/esclerose-multippla.html>> Acesso em 20 de fevereiro de 2009.
- Carvalho, Z.M.F. de; Silva, R.; Meneses, T. ; Brito, A.M. de C.(2007) Diagnósticos de Enfermería evidenciados en las personas con trauma medular. Enfermería al día, 02:10-16.
- Cavalcante, M.K.H. (2007) Cuidado de Enfermagem à pessoa com paraplegia fundamentado no modelo Roper-Logan-Tierney. (Dissertação) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal. Fortaleza.
- De Figueiredo Carvalho, Z.M.; Coelho Damasceno, M.M.; Di Ciero Miranda, M. Victor Barbosa, I. (2006). La enseñanza del sondaje limpio intermitente - una estrategia de cuidado. Investigación & Cuidados, Alicante, 4(2): 37-42.

- Dochterman, J.M.; Bulechek, G.M. (2008) Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ellet, W. (2008) Manual de Estudo de caso. Como ler, discutir e escrever casos de forma persuasiva. Porto Alegre: Bookman.
- Fernandes, W.L.; Modesto Filho, J.; Nóbrega, M.M.L. (2004) Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. Rev. Rene 1(1): 76-82.
- Greenberg, D.A.; Aminoff, M.J.; Simon, R.P. (2005) Neurologia Clínica. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hernández, M.E.F.; Juan, L.C. (2008). El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. Revisión Bibliográfica. Cultura de los Cuidados; 23: 57- 69.
- Kalb, R.C. (2000) Esclerose múltipla: perguntas e respostas. 1. Ed. São Paulo: ABEM.
- Mendoza, T.X.I. (2008). Teoría y método. El interacionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. Cultura de los Cuidados; 24: 94-106.
- Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. (2008) Classificação dos Resultados de Enfermagem. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- North American Nursing Diagnosis Association (2008) Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2001) Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.
- Regachary, D.A.; Lin, T.L. (2005) Guia pratico para neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Rousseff, R.T. ; Tzvetanov, P. ; Rousseva, M.A. (2005) The bifit visual evoked potencial - normal variant or a sign of demyelination? Clin Neurol Neurosurg. 107 (2): 113-6.
- Tejada Domínguez, F.J.; Ruiz Domínguez, M.R. (2009) Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Revista Enfermería Global, n 15, Fevereiro.
- Síles González, J.; Cibanal Juan, L.; Vizcaya Moreno, M. F.; Gabaldón Bravo, E. M.; Domínguez, S. J. M.; Solano Ruiz, M. del C.; García Hernández, E. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados; 10: 72-87.
- Yin, R.R. (2005) Estudo de caso: planejamento e métodos . 3º Ed. Porto Alegre: Booknan.

*Quadro I - Diagnósticos de Enfermagem elaborados.*

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>
<b><i>Mobilidade física prejudicada, relacionado com problemas neurológicos, evidenciado por uso de cadeira de rodas.</i></b>
<b><i>Isolamento social relacionado com as dificuldades de mobilização, evidenciado por diminuição das saídas de casa.</i></b>
<b><i>Déficit do autocuidado, relacionado com higiene pessoal, evidenciado pela dificuldade de fazer a higiene dos membros inferiores.</i></b>
<b><i>Fadiga, relacionado com condições físicas debilitadas e estado de doença, evidenciado pela incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.</i></b>
<b><i>Estilo de vida sedentário, relacionado com falta de estrutura física, evidenciado pela dificuldade de mobilizar-se.</i></b>

*Quadro II - Intervenções e Resultados de Enfermagem.*

<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Resultados Esperados</i>
<p>1. Promoção do exercício:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>discutir os benefícios do exercício,</b></li> <li>- <b>ajudar a cliente a identificar um programa realista de exercícios,</b></li> <li>- <b>ajudar a cliente a aumentar o interesse e a motivação.</b></li> </ul> <p>2. Terapia com exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>mobilizar as articular;</b></li> <li>- <b>ensinar a realizar exercícios ativos de amplitude de movimentos nos membros não afetados no mínimo quatro vezes por dia;</b></li> <li>- <b>Ensinar as precauções de segurança ao indivíduo.</b></li> </ul> <p>3. Assistência no déficit de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>providenciar todos os equipamentos de banho e deixá-los ao alcance,</b></li> <li>- <b>providenciar segurança no banheiro,</b></li> <li>- <b>providenciar equipamento de adaptação;</b></li> </ul> <p>4. Controle de Energia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>determinar as causas da fadiga;</b></li> <li>- <b>monitorizar o padrão do sono, o número de horas de sono;</b></li> <li>- <b>estimular períodos alternados de repouso/atividade;</b></li> </ul> <p>5. Melhora do Enfrentamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>avaliar a adaptação da paciente a mudanças na imagem corporal;</b></li> </ul>	<p>6. <b>Locomoção:</b> a paciente deverá relatar um aumento na força e na resistência dos membros superiores e inferiores.</p> <p>7. <b>Autocuidado:</b> banho/higiene, a paciente deverá desempenhar a atividade do banho no nível ideal esperado ou comunicar a satisfação com o desempenho, apesar das limitações.</p> <p>8. <b>Tolerância à atividade,</b> a paciente deverá participar de atividades que estimulem e equilibrem os aspectos físicos, cognitivos, afetivo e social.</p> <p>9. <b>Conservação de energia</b></p> <p>10. <b>Conhecimento:</b> comportamento de saúde, a pessoa expressará intenção de envolvimento em maior atividade física.</p>

*Quadro III - Cronograma de que as visitas domiciliares para a implementação do cuidado.*

<i>Visitas domiciliares</i>	<i>Objetivos</i>
<b>Primeira – dia 06.01.09</b>	Esclarecer a metodologia e os objetivos do estudo, expor os aspectos éticos da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Agendar a segunda visita.
<b>Segunda - dia 08.01.09</b>	Realizar a entrevista, obter os dados de identificação e informações acerca da história de vida e do desempenho das atividades de vida. Facilitar o desenvolvimento de um bom relacionamento interpessoal e a conquista de confiança.
<b>Terceira - dia 13.01.09</b>	Implementar as intervenções planejadas para terapia com exercícios ativos e passivos e ensinar precauções de segurança.
<b>Quarta- dia 15.01.09</b>	<b><i>Avaliar da influência das intervenções implementadas na visita anterior no desempenho da terapia com exercícios e precauções de segurança.</i></b>  <b><i>Implementar as intervenções planejadas para o auto-cuidado.</i></b>
<b>Quinta - dia 20.01.09</b>	<b><i>Avaliar da influência das intervenções implementadas na visita anterior no desempenho das atividades de auto-cuidado.</i></b>  <b><i>Implementar as intervenções planejadas para o controle de energia.</i></b>
<b>Sexta - dia 22.01.09</b>	Avaliar as mudanças no Controle de Energia. Implementar as intervenções planejadas para a melhora do enfrentamento.
<b>Sétima - dia 27.01.09</b>	Avaliar da influência das intervenções implementadas na visita anterior no desempenho da melhora do enfrentamento. Oferecer oportunidade para esclarecimento de dúvidas.
<b>Oitava - dia 03.02.09</b>	Fazer uma avaliação complementar das mudanças ocorridas na vida da paciente. Oferecer oportunidade para esclarecimento de dúvidas.
<b>Nona - dia 10.02.09</b>	Fazer uma reavaliação das intervenções realizadas Oferecer oportunidade para esclarecimento de dúvidas. Finalizar as visitas, agradecendo a participação da cliente na investigação.

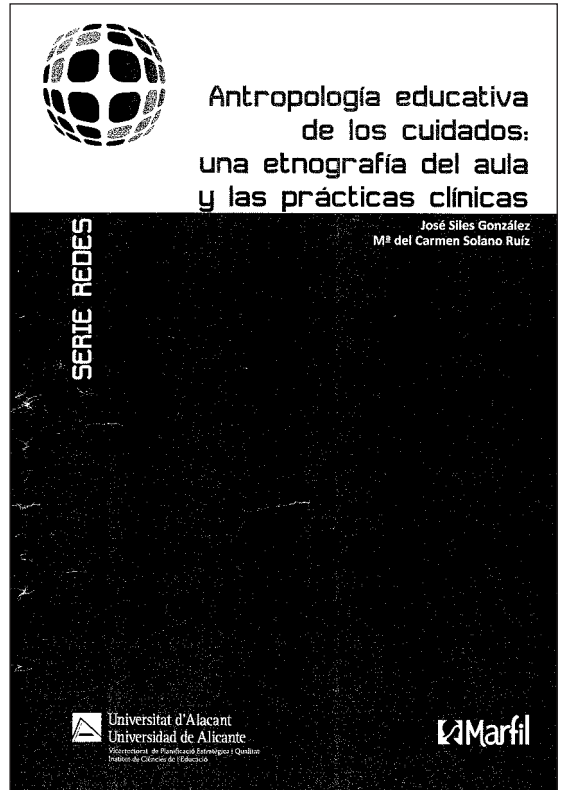


# MISCELÁNEA

## BIBLIOTECA COMENTADA

**ANTROPOLOGÍA EDUCATIVA DE LOS CUIDADOS: UNA ETNOGRAFÍA DEL AULA Y LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE ALICANTE/ MARFIL, ALCOY.**  
*SILES, J. Y SOLANO, M<sup>a</sup> C. (2010)*

“Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas” es el resultado de varios años de la red de investigación “Antropología Educativa de los Cuidados” (Departamento de Enfermería) integrada en el conjunto de redes del Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante. El libro se divide en tres partes bien diferenciadas: en la primera, dedicada a la teoría de la antropología de los cuidados (capítulo I) se aborda ampliamente la clarificación epistemológica de tres especialidades de la antropología de los cuidados: antropología clínica, enfermería transcultural y antropología educativa de los cuidados. La segunda mitad del libro está integrada por trabajos de investigación etnográfica en el aula y en las prácticas clínicas en los que se aplican las teorías, métodos y técnicas descritas y explicadas en el primer capítulo. La última parte del texto constituye un ejemplo de la utilidad de la antropología educativa en los procesos de adecuación y convergencia de los sistemas de créditos inter-europeos mediante la elaboración de una guía de “Fundamentos histórico-antropológicos de los cuidados”.





Lunes 07 de septiembre de 2009 | RSS

**informacion.es**  
El periódico de la provincia de AlicanteNOTICIAS  
**Elche**

HEMEROTECA »

EN

EDICIONES

SUPLEMENTOS

SECCIONES

DEPORTES

OPINIÓN 2.0

CULT

Alicante **Elche** Vega Baja Benidorm/Marina Baixa Alcoy Elda L'Alacantí Baix Vinalopó Marina AltaInformación.es » **Elche**

INVESTIGACIÓN

## Un estudio asegura que las romerías ayudan a superar enfermedades

La tesis de María Teresa Pinedo se apoya en cinco celebraciones ilicitanas



**JOSÉ A. MAS** Una tesis doctoral ha estudiado los beneficios que aportan a las personas enfermas la participación en las diferentes romerías ilicitanas. Su autora, la enfermera María Teresa Pinedo, ya empezó a estudiar este tema con la última visita de la Dama de Elche, que le dio para publicar el libro "Una dama muy especial".

La publicación sólo fue el principio de lo que ha terminado siendo una tesis que ha realizado en la Universidad de Alicante. María Teresa Pinedo ha analizado las consecuencias y los beneficios que las personas obtienen al ir en romería, a la vez que establece un análisis más profundo sobre la influencia que tienen las creencias espirituales de las personas en su salud. El trabajo profundiza en el conocimiento de un proceso espiritual que se pone de manifiesto en escenarios concretos de estas celebraciones ilicitanas.

María Teresa Pinedo indicó que "el estudio pretende conocer y comprender uno de los principales objetos de estudio de la Enfermería, las respuestas humanas, desde la propia perspectiva de los sujetos, es decir, conocer el significado que para las personas tienen sus creencias espirituales".

El propósito final de esta investigación es crear un registro para Enfermería con el que poder, según explicó Pinedo, "reconocer el peso que para un determinado paciente tienen sus creencias, cuantificando de algún modo la vivencia del bienestar que le producen y relacionar esas emociones con su estado de salud".

María Teresa Pinedo ha estudiado factores metodológicos cualitativos, de interrelación, ambientales y contextuales durante la celebración de cinco romerías ilicitanas, la de San Antón, San Crispín, El Rocío, la Venida de la Virgen y Santa Ana.

Los principales resultados obtenidos constatan que "la fe tiene un efecto energético en las personas creyentes que les infunde fuerza para luchar contra un problema de salud". También se ha extraído que "las convicciones religiosas son utilizadas como herramienta para una descarga emocional" y, finalmente, se deduce que "en los primeros momentos de un diagnóstico nefasto, frente al dolor y la confusión inicial sentida, la persona actúa refugiándose en sus creencias como herramienta de consuelo y de esperanza que le anime a encontrar una salida".



**La enfermera María Teresa Pinedo ha estudiado en su tesis los beneficios de las romerías para superar enfermedades** DIEGO FOTÓGRAFOS

**Entrevista: José Siles, director del Grupo de Investigación de Enfermería y Cultura de los Cuidados de la Universidad de Alicante**

## “Potenciamos el humanismo en los cuidados mediante la consideración que los factores culturales tienen en la salud”

**E**l grupo de investigación Enfermería y Cultura de los Cuidados se constituye en la Universidad de Alicante en 2002, consecuencia de la evolución de la actividad desarrollada desde finales de los 90 por un conjunto de personas integradas en la Asociación Nacional de His-

toria y Antropología de los Cuidados, y que estaban interesadas en desarrollar un enfoque humanístico de los cuidados. Este interés se plasmó además en el nacimiento de una revista, *Cultura de los Cuidados* (<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/1153>), que se publica con la colaboración del Consejo Valenciano de Enfermería, el Colegio de Enfermería de Alicante y el De-



partamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.

**¿El grupo es pionero en su campo de trabajo? ¿Qué se entiende por cultura de los cuidados?**

● En España fuimos de los primeros en percibir la trascendencia que tenían los aspectos histórico-culturales en el contexto específico de los cuidados de enfermería (junto con la Fundación Index), y desde luego, creo que fuimos pioneros a la hora de investigar en este campo e integrar en los currículos de enfermería esta temática, hasta el punto de crearse un programa de doctorado cuya denominación coincidía con la del grupo. Por cultura de los cuidados se entienden todos aquellos sentimientos, creencias, valores y normas que le dan significado a las conductas que determinan los estilos de vida y las expectativas de salud-enfermedad.

**¿En qué áreas centran actualmente su labor de investigación?**

● Todas nuestras líneas de investigación tienen un enfoque cualitativo y el objetivo común de indagar en las variadas formas de incidencia cultural en la salud: historia de la enfermería, antropología de los cuidados y enfermería transcultural, técnicas de comunicación transcultural y sistémica familiar, fenomenología de los cuidados, pedagogía de los cuidados, etc.

**¿Qué finalidad concreta persiguen con estas líneas?**

● La finalidad fundamental es potenciar el humanismo en los cuidados mediante la consideración que los factores culturales tienen en la salud. La tecnología en los cuidados es necesaria, pero resulta imprescindible caer en la cuenta de que todos los profesionales sanitarios tienen como objeto-sujeto de trabajo al ser humano: personas inmersas en su cultura, con sus creencias, tradiciones, valores, etc. Esto conlleva enormes repercusiones prácticas, en la eficacia de los cuidados, la rentabilidad de los tratamientos y, sobre todo, en la educación para la salud.

**MÁS INFORMACIÓN**

Web: <http://culturacuidados.ua.es/>  
 mail: [culturacuidados@yahoo.es](mailto:culturacuidados@yahoo.es)  
 Revista Online: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>





