

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

1^{er}. Semestre 2010 • Año XIV - N.º 27

EDITORIAL

- Cambio de la denominación de las Escuelas Universitarias de Enfermería a Facultades de Enfermería

FENOMENOLOGÍA

- Alta Tensión

HISTORIA

- *¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante?*
- *Alunas orientais que vivenciaram o internato na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil (1953-1970)*
- *Escolas e cursos de enfermagem na história da profissão no brasil (1890-1922)*
- *Florence Nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem*
- *Perspectiva disciplinar de enfermería en la obra de San Pedro Claver*

ANTROPOLOGÍA

- *Competencia cultural en enfermería: población subsahariana*
- *Enfermería y medicinas complementarias y alternativas. Justificación antropológica de su estudio*

TEORÍA Y MÉTODO

- *Análise da produção científica sobre crianças com insuficiência renal em hemodiálise*
- *La interacción médico paciente y sus productos*

MISCELÁNEA

- *Biblioteca comentada*
- *Las enfermeras, claves en la atención a los pacientes que han padecido un infarto Las enfermeras, claves en la atención a los pacientes que han padecido un infarto*
- *III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de 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

1^{er}. Semestre 2010 • Año XIV - N.º 27

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^a Gabaldón Bravo
Flores Vizcaya Moreno
José Ramón Martínez Riera
Juan Mario Domínguez Santamaría
M^a Mercedes Rizo Baeza
Mercedes Nuñez del Castillo
Miguel Castellés Molina
Rosa Pérez-Cañaveras
Manuel Lillo Crespo
Isabel Casabona Martínez
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

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. *Secretario General del Consejo Valenciano de Enfermería*.
Francisco Mulet Falcó. *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 Eseverri 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 - 3º 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 Vicent 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 ARTICULOS.

MARCA ESPAÑOLA N° 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	5
EDITORIAL	
Cambio de la denominación de las Escuelas Universitarias de Enfermería a Facultades de Enfermería	7
CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA	
FENOMENOLOGÍA	
Alta Tensión	10
JUAN CÁNOVAS ORTEGA	
HISTORIA	
¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante?	12
JOSÉ ANTONIO ÁVILA OLIVARES	
Alunas orientais que vivenciaram o internato na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil (1953-1970)	30
BÁRBARA FELIX FRAGAZI DA SILVA, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS, JANETE KOMESSU NAKAMURA	
Escolas e cursos de enfermagem na história da profissão no brasil (1890-1922)	40
FERNANDO PORTO, WELLINGTON DE MENDONÇA AMORIM	
Florence Nightingale: o impacto de suas contribuições no mundo contemporâneo da enfermagem	46
ANELISE MIRITZ BORGES, CRISTIELE BERTHOLD, KATIUSCIA MILANO ROSALES, DE RODRIGUES, SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE, MARILU CORREA SOARES, ROXANA ISABEL CARDOZO GONZÁLES	
Perspectiva disciplinar de enfermería en la obra de San Pedro Claver	54
JUAN GUILLERMO ROJAS, JOSÉ SILES GONZÁLEZ	
ANTROPOLOGÍA	
Competencia cultural en enfermería: población subsahariana	61
ISABEL GENTIL GARCÍA	
Enfermería y medicinas complementarias y alternativas. Justificación antropológica de su estudio	68
DANIEL GÓMEZ PÉREZ, DOMINGO PALACIOS CEÑA	
TEORÍA Y MÉTODO	
Análise da produção científica sobre crianças com insuficiência renal em hemodiálise	74
VANESSA CASTRO PINHEIRO GOMES, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA, CRISTIANA BRASIL REBOUÇAS DE ALMEIDA, KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACEDO COSTA	
La interacción médico paciente y sus productos	83
ALVARO BERNALTE BENAZET, PEDRO NOGUEROLES ALONSO DE LA SIERRA, JESÚS DÁVILA GUERRERO, MARÍA MERCEDES LUPIANI JIMÉNEZ, MARÍA TERESA MIRET GARCÍA, MANUEL COSTA ALONSO	
MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada	90
Las enfermeras, claves en la atención a los pacientes que han padecido un infarto Las enfermeras, claves en la atención a los pacientes que han padecido un infarto	92
III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados	93

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

CAMBIO DE LA DENOMINACIÓN DE LAS ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERÍA A FACULTADES DE ENFERMERÍA

Carmen Isabel Gómez García.

Enfermera. Profesora Titular de Universidad.

Directora Escuela de Enfermería Universidad de Murcia

Constituye para mí un honor y un gran motivo de satisfacción el hecho de haber sido invitada por el Profesor Dr. José Siles a escribir esta editorial en un momento tan importante para las Escuelas de Enfermería por múltiples motivos entre los que se encuentran la consecución del cambio de la denominación de Escuelas Universitarias a Facultades de Enfermería.

Los estudios de Enfermería, en nuestro país, podríamos decir que son privilegiados ya que han conseguido a lo largo del tiempo y en su desarrollo una apreciación y reconocimiento social manifestado en la gran demanda de los mismos debido a la calidad de sus enseñanzas y larga tradición. La primera referencia legal que encontramos sobre la formación de personal sanitario, se encuentra en la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, que en sus artículos 40 y 41 hace mención a los títulos de practicante y matrona o partera. La primera Escuela de Enfermería de España (Santa Isabel de Hungría), se crea en el año 1896, pero no es hasta 1955 cuando se crea el título de Ayudante Técnico Sanitario que unifica, de una parte, el título de enfermera reconocido en la Real Orden del 7 de mayo de 1915 y, de otro lado, los títulos de practicante y matrona establecidos por la Ley de Instrucción Pública (mencionada anteriormente) del 9 de Septiembre de 1857, más conocida como la Ley Moyano. Es en 1977 cuando los estudios de Enfermería se reconocen como universitarios siguiendo las directrices del Consejo de Europa (77/453/CEE).

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia se creó en el año 1991 en virtud de la sus-

cripción de los convenios de colaboración entre la Universidad de Murcia, el Instituto Nacional de la Salud del que dependía la antigua Escuela de Enfermería “Virgen de la Arrixaca” y la Universidad de Murcia con la Comunidad Autónoma de la que dependía la “Escuela de la Comunidad Autónoma”, aprobados en Junta de Gobierno (7 de Mayo de 1990) y ratificados por el Consejo Social de la misma, estas Escuelas venían funcionando desde los años 60 y como fruto de su unión se inician los estudios de enfermería dentro del marco de una Escuela propia de la Universidad de Murcia a partir del curso académico 1991/1992 y según las cláusulas de los respectivos convenios. B.O.E. 12 de octubre de 1991 (creación de centros)¹.

De modo paralelo a la integración y desarrollo de los estudios conducentes a la obtención de la Diplomatura en Enfermería, el compromiso institucional de la Universidad de Murcia con la titulación ha sido patente, ya que ha promovido los estudios de postgrado y las estructuras necesarias para ello. En el año 2001 se crearon tanto la Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica (Matrona) como la Escuela de Práctica Enfermera, de modo que los egresados por esta Universidad pueden seguir cursando estudios de posgrado.

Asimismo el profesorado ha impartido docencia en distintos masters y posgrados de Enfermería en universidades españolas tales como la de Alicante, Huelva, Almería o la Autónoma de Madrid, Granada, La Laguna, Jaén y Málaga, en nuestra propia Universidad, y universidades extranjeras a través de programas internacionales.

¹Tomado del Título de Grado de Enfermería por la Universidad de Murcia

Si cualitativamente la Escuela de Enfermería ha realizado un esfuerzo meridiano en la mejora continua de su Plan Formativo y relaciones institucionales a nivel nacional e internacional, la capacidad formativa de este centro está avalada cuantitativamente por el alto número de egresados que finalizan todos los años sus estudios.

Considerando que la situación académica actual de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia presenta unas características idóneas en la temporalidad debido a la aprobación del Título de Grado en Enfermería y su inicio en el curso académico 2009-2010, con un total de 238 alumnos, la aprobación del Máster oficial en Salud, Mujer y Cuidados iniciado su impartición también en este curso 2009-2010, la aprobación del Sistema de Garantía Interna de Calidad y la incorporación a la homologación del Título a Graduados desde Diplomados en Enfermería de 35 egresados.

Destacar también que la propuesta del Programa de doctorado en Enfermería denominado: **Investigación en Cuidados de Enfermería** por la Universidad de Murcia, fue concebido y estructurado desde el rigor y la experiencia que la disciplina enfermera viene demostrando desde finales del siglo XX en que nos incorporamos a la universidad española, ofertando líneas referidas a: Factores relacionados con el derecho a la salud de la mujer en el mundo, Estudio de los diagnósticos enfermeros desde la perspectiva de género, Cuidados enfermeros creativos, Epidemias comunitarias: promoción de la salud, Prevención y cuidados, Clínica del cuidado enfermero a la infancia y adolescencia, Puericultura enfermera, Malos tratos en la infancia, Lactancia materna, Formación enfermera en Europa, Enfermería y discapacidad en los distintos grupos de edad, Historia de la Enfermería, Historia de las mujeres, Historia de las parteras, filosofía y ciencia de la enfermería, Calidad de vida y envejecimiento, Redes de cuidados, Cuidado informal, Psicología forense, Salud laboral, Administración y gestión de calidad de los servicios de salud, Factores psicológicos relacionados con la salud laboral y la gestión de recursos humanos, Humanización en la asistencia al embarazo, parto y puerperio de la mujer, La carrera profesional en Enfermería, Enfermería, actividad física y deportiva para la salud, Mujer, ciencia y cul-

tura, Mujer y cuidados en la edad media y renacimiento, Mujeres y enfermería, Promoción y cuidados en salud de la mujer, Violencia de género, Salud mental y mujer, Calidad de vida relacionada con la salud, Estudio de los problemas asociados a los resultados de salud mediante encuestas, Aplicación y evaluación de la práctica clínica basada en la evidencia, Epidemiología y tratamiento de los trastornos del sueño, Enfermería y partería en la Organización Mundial de la Salud y por último La ética del cuidado en la asistencia sanitaria, siendo todas estas líneas de investigación ofertadas por profesores del Área de conocimiento de Enfermería, departamento de Enfermería.

La denominación del Centro ha dependido de los estudios oficiales que estamos autorizados a impartir y existe una jerarquía entre Facultades y Escuelas Universitarias incluso desde la perspectiva de la imagen que la sociedad puede tener de los distintos Centros y que la vigente Ley Orgánica de Universidades, en su artículo 7 señala que “Las universidades públicas estarán integradas por Escuelas, Facultades, Departamentos, Institutos Universitarios de Investigación y por aquellos otros centros o estructuras necesarios para el desempeño de sus funciones”. Y en el artículo siguiente indica que “Las escuelas y facultades son los centros encargados de la organización de las enseñanzas y de los procesos académicos, administrativos y de gestión conducentes a la obtención de títulos de grado. Podrán impartir también enseñanzas conducentes a la obtención de otros títulos, así como llevar a cabo aquellas otras funciones que determine la universidad”.

Como se puede observar en este texto, desaparecen las denominaciones de “Escuelas Técnicas Superiores” y “Escuelas Universitarias” y se incorpora como nombre de centro las “Escuelas”.

De este precepto se deduce de forma inmediata que los actuales centros deben adaptar su denominación a las previsiones de la Ley, sólo pudiendo existir “Facultades” o “Escuelas”. No cabe, bajo la vigencia de la actual ley, la persistencia de las Escuelas Universitarias.

Una correcta interpretación de la norma, que podía haber previsto expresamente la transformación de las Escuelas Técnicas Superiores y de las Escuelas Universitarias, y teniendo en cuenta los

datos y argumentos hasta aquí expuestos, pasa por considerar que la Ingenierías y Arquitecturas se imparten en “Escuelas” y el resto de grados en Facultades.

Podríamos añadir como argumentos, por un lado, que estos centros ya pueden impartir posgrados oficiales y doctorado y, por otro, que ha desaparecido la figura del Profesor Titular de Escuela Universitaria porque todos los profesores titulares pueden impartir docencia en todos los grados y posgrados.

Por último, en el caso de las Escuelas Universitarias de Enfermería, de las que son predichables todos los argumentos esgrimidos, cabe añadir que se homologarían a nuestros centros internacionales, dónde es común la denominación de “Facultades de Enfermería”.

Según el proverbio chino de que las grandes cosas se explican con palabras sencillas, me gustaría dejar constancia que mis compañeros miembros del Consejo de Gobierno de la Universidad de Murcia, decidieron por unanimidad secundar la propuesta del Consejo de Dirección (Equipo Rectoral) presentada por el Sr. Secretario General Dr. José Fulgencio Angosto, apoyando el punto 4. del orden del día del Consejo de Gobierno de 22 de enero de 2010, que rezaba así: **Aprobación, si procede, de la adecuación de la denominación de los centros de la Universidad de Murcia a la Ley 4/2007 Orgánica de Universidades.** Por lo que tras su aprobación, fue remitido al órgano superior **Consejo Social** de la Universidad de Murcia y tratado el día 30 de abril de 2010, obteniendo aquí esta misma propuesta presentada por el Rector Dr. José Antonio Cobacho, el apoyo unánime de los componentes de dicho órgano. Quedando pendiente el visto bueno de la Comunidad Autónoma tras la aportación de la documentación requerida a dicha propuesta con la justificación de la misma, datos académicos, datos demográficos, demanda de las titulaciones, informes de infraestructura, informes de satisfacción de egresados, perfiles profesionales, apoyos externos y datos referidos al Sistema de Garantía Interna de Calidad.

Esta editorial no puede contentarse con una narración más o menos extensa de la situación vivida por mucho que en el desarrollo de la misma haya sido considerado por los actores de sumo

interés y absolutamente imprescindibles. Debe sustentarse en una documentación escrita fruto del esfuerzo, la no pasividad y de ser conscientes de que en nuestro paso por la gestión se debe visualizar el compromiso de renovar y actualizar nuestras obligaciones esenciales para con el sistema educativo, en unas enseñanzas queridas y valoradas por la sociedad que respeta y reconoce las acciones proactivas de los Cuidados de Enfermería y por ende de la profesión enfermera.

Para finalizar, como quiera que no se trata de la creación de un nuevo centro, sino de la modificación de su denominación para la adaptación a las prescripciones que sobre esa materia establece la LOU, consideramos que esta modificación debe ser automática, mediante acuerdo de los órganos universitarios y autonómicos competentes, constituyendo una oportunidad única para Enfermería en el momento de hacer emerger los apoyos Académicos, Sociales y Políticos que nos ayudan en nuestro crecimiento como Disciplina.

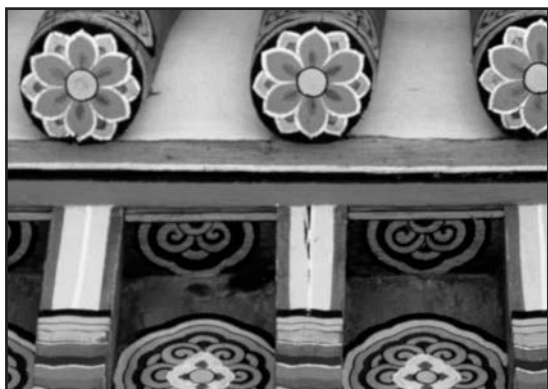
FENOMENOLOGÍA

ALTA TENSIÓN

Juan Cánovas Ortega

Finalista X Premios Narrativa Vida y Salud

2º premio en el XI Certamen Literario "Maestro Miguel"
Ayuntamiento de Villanueva del Pardillo (Madrid) en 2010



¡Tranquilo, corazón, tú tranquilo!, le digo yo a mi corazón con arrumaco melifluido y doblemente cordial para tranquilizarlo y para que deje de dar brinco taquicárdico y palpito de modo menos palpitante y lata pero sin dar tanto la lata, y procedo a tomarme la tensión en la muñeca con un tensiómetro de bolsillo de esos que anuncia en el teletienda el doctor nosequién en el programa nosecuál.

Me ha aconsejado el médico de cabecera que siga un protocolo de autocontrol doméstico durante un tiempo para saber si padezco el llamado síndrome de la bata blanca, a ver si así, jugando en casa y en pantuflas, sin la presión ambiental sanitaria de por medio (y de por miedo), mi presión arterial se normaliza y no arroja cifras tan escandalosamente tensas.

Además del síndrome de la bata blanca, debo de padecer también el síndrome del batín garrulo a rayas (que es justamente el que llevo puesto en estos momentos) porque, sólo de pensar en enroscarme el velcro del susodicho adminículo en la muñeca, me entran sudores fríos y se me pone el corazón a cien (y en sien) y me da incluso un atis-

bo de jamacuco de pánico, y ya me imagino una escena de alta tensión (y nunca mejor dicho) y tengo el palpito y la corazonada (de tanto como me palpita el corazón) de que el tensiómetro no va a poder con tanta tensión (ni arterial, ni nerviosa, ni de ningún otro tipo) y acabará por escoñarse irremediablemente no sin antes mostrarme un postrero mensaje digital de alarma que dice: ¡Llame inmediatamente a una ambulancia, hombre de Dios, que está usted fibrilando!

Y luego resulta que no es para tanto, qué alivio (relativo, porque tampoco es que sea para poco), aunque eso sí, el ritmo cardiaco es de curso de mecanografía avanzada: tropecientas pulsaciones por minuto. No sé si padeceré lo que suele llamarse en el argot médico una hipertensión esencial o si la mía será más bien una hipertensión aparente debida al miedo escénico que me produce la consulta ambulatoria, pero barrunto que mi problema no es el síndrome de la bata blanca ni el síndrome de la bata de ningún otro color (ya podría tomarme la tensión el médico de cabecera ataviado con bermudas y playeras que, para el caso, el resultado iba a ser el mismo), sino el síndrome de la hipocondría y del alarmismo y del cobarde gallina capitán de las sardinas y hasta del repelús por llevar dentro de mí una bomba de relojería que no sabes cuándo le puede dar por estallar y enviarte a criar malvas. Es la hipertensión provocada por el miedo a la propia hipertensión. El miedo al miedo, como si dijéramos. Es el corazón que no te cabe en el pecho y al mismo tiempo se te encoge en un puño (¡qué cosas tiene el corazón de los pusilánimes!) cada vez que el médico te enrosca el temido brazalete inflable en el bíceps y empieza a darle a la perilla insufladora

como si fuera a hacerte un enema en el sobaco. Es el betabloqueante que no quieres empezar a tomar porque sabes que una vez ingerida la primera dosis, esa ingesta ya será para siempre hasta que la muerte (la tuya, por supuesto) os separe.

Y por eso escondo la cabeza como el avestruz ante el problema o finjo mirar para otro lado, y me salto contumaz y oprobiosamente los controles tensionales prescritos (más bien proscritos) que tanto me tensionan. Y mi médico de cabecera (que para eso es de cabecera) me la saca (la cabeza) y me da collejas verbales y lecciones aleccionadoras de medicina preventiva. Que si soy varón. Que si tengo más de cuarenta años. Que si tengo también algo elevados los índices de colesterol. Que si llevo una vida demasiado sedentaria. Que si soy de temperamento nervioso y eso no ayuda. Que si últimamente he pasado las de Caín como yo bien sé (vaya que si lo sé, como que fui yo quien las pasé y quien se las contó a él) y eso aún ayuda menos. Que si el corazón se me está poniendo cada vez más galopante y saltimbanqui. Y que me haga a la idea de que, tarde o temprano (más temprano que tarde) habré de empezar a medicarme.

Y yo que no me medico pero que cada vez me medico más y me acobardo y me acoquino y me amilano y cada vez me da más miedo el miedo a ser hipertenso, el miedo a llegar a ser hipermega-tenso, el miedo a que mis arterias cedan finalmente a la presión arterial o claudiquen embozadas por el colesterol u otras morrallas que circulan por la sangre como Pedro por su arteria y me dé un infausto de mioincordio (sí, porque un infarto es siempre infausto y el incordio sería mío) o una embolia alevosa y fulminante que me haga estirar la pata o, lo que aún sería peor, que me la deje tiesa e inservible para el resto de mi cardiópata vida (la pata o el brazo o cualquier otro miembro o apéndice del cuerpo), o hasta incluso que me deje en un estado balbuciente y alelado y medio ido (pero sin poder irme del todo).

Y, mientras tanto, tal vez para ganar tiempo (¡qué estupidez, el tiempo jamás se gana, siempre se pierde: el tiempo pasa y ya nunca más regresa!) o como añagaza o placebo para autoengañarme, o quizás porque en el fondo espero que funcione y no tener así que volverme adicto al atenolol o a cualquier otro medicamento hipotensor y evitarme el fastidioso (y odioso) control de la presión arterial

de por vida, trasiego ingentes dosis de gotas supuestamente hipotensoras (aunque al principio bastante hipertensoras cuando, al ir a comprarlas, te enteras del precio) y perlas de ajo pretendidamente desodorizadas (¡quia!: aún no ha nacido el perla que sea capaz de desodorizar el ajo) y vasos y vasos de leche con omega tres y omega seis (y omega al cubo) y ácido oleico y embutidos y quesos y conservas bajos en sal y bebidas y cereales con soja y cápsulas e infusiones de valeriana y pasiflora y comprimidos de triptófano (¡qué tristófano es todo!) y hasta del diazepam nuestro de cada noche para poder adormecer a duras penas la dura pena del insomnio. Y del estrés infame e inmisericorde de estos nuestros tiempos. Y de la infelicidad. Y del desamor. Y de los varapalos que nos asesta el devenir. Y de las tribulaciones de la vida que van mermando poco a poco la salud. Y de la salud poco a poco mermada que va mermando poco a poco a su vez la propia vida. Y de todos los enanos que nos crecen por doquier en el circo de la existencia. Y del mal fario. Y de la frustración. Y de las goteras en el ánimo tras años de diluvios y penurias torrenciales. Y de los sueños que acabamos por no realizar y acaban por convertirse en pesadilla.

Pero tú tranquilo, corazón, tú tranquilo, le digo yo a mi corazón con amansadora y redundante cordialidad para que se tranquilice y deje de darme pataditas (más bien chupinazos) en mi sufrida cavidad torácica (que parece mi corazón un feto inquieto que estuviera a punto de alumbrarse por el pecho o por la boca). Tú tranquilo, corazón, tú tranquilo, aunque estés tan partío como cualquier otro corazón de hijo de vecino y no haya nadie que te cure (como le pasaba al corazón de Alejandro Sanz en aquella canción). Tranquilo, corazón, aunque haya que acabar haciéndote de tripas. Aunque seas todo corazón y vayas siempre atravesado. Aunque sea todo últimamente tan descorazonadoramente descorazonador.

¡Tranquilo, corazón, tú tranquilo!, le digo yo a mi corazón mientras me dispongo a tomarme de nuevo la tensión con ese tensiómetro de la señorita Pepis que se coloca en la muñeca y que parece un estrambótico reloj de pulsera diseñado por Agatha Ruiz de la Prada, mientras pienso, entre apesadumbrado y divertido que, si mi vida dependiera de tener que superar con éxito la prueba del polígrafo, aun siendo rematadamente inocente, iba apañado.

HISTORIA

¿EXISTIÓ REALMENTE UNA TITULACIÓN OFICIAL CON EL NOMBRE DE MINISTRANTE?

José Antonio Ávila Olivares

Enfermero. Licenciado en Antropología Social y Cultural.



Key-words: Ministrante, minor surgery, blood-let-ter, practicante, nursing

EXISTIU REALMENTE UMA TITULAÇÃO OFICIAL COM O NOME DE MINISTRANTE?

RESUMO

É consenso na história da Enfermagem Espanhola a existência de agentes que antecederam às atuais enfermeiras, que foram denominados Ministrantes, tendo eles surgido no âmbito da saúde depois da promulgação da Real Ordem de 29 de junho de 1846, precedendo aos Praticantes da Ley Moyano de 1857, mas a questão é se teria existido realmente a titulação oficial de Ministrante? A informação obtida nas investigações realizadas, possibilita-nos afirmar que não teria, e que esta denominação foi o nome profissional, social e, inclusive, institucional outorgada aos indivíduos que exerciam a Cirurgia Menor ou Ministrante; entretanto que não eram outros que os Sangradores aos que lhes havia conferido um novo Plano de estudos.

Palavras-chave: Ministrante, Cirurgia Menor, Cirurgia Ministrante, Sangrador, Practicante, Enfermagem.

RESUMEN

Está aceptado en la historia de la profesión de la Enfermería Española, la existencia de unos antecesores a las actuales enfermeras que se denominaron Ministrantes, los cuales irrumpieron en el escenario sanitario tras la promulga-

DID AN OFFICIAL QUALIFICATION KNOWN AS MINISTRANTE REALLY EXIST?

SUMMARY

It is accepted in Spanish nursing history the existence of the figure of 'Ministrante' as a professional antecedent of current nurses. This new professional arose with the enactment of the Royal Order of 29th June 1846, which later lead up to The Public Instruction Act of 9th September 1857, known as the Moyano Act by which the qualification of "practicante" was created. But, did an official qualification of "ministrante" really exist? The research carried out and the information gathered shows that it did not. The name of Minor Surgeon or 'Ministrante' was given to a professional, social and even institutional category who was the previous Blood-let-ter but with a new education syllabus. However, we are sure this would be a new field for further research in nursing history.

ción de la Real Orden de 29 de junio de 1846, precediendo a los Practicantes de la Ley Moyano de 1857, pero, ¿existió realmente la titulación oficial de Ministrante? La información recopilada en las investigaciones realizadas, nos lleva a afirmar que no, y que esta denominación fue el nombre profesional, social e incluso institucional otorgada a los individuos que ejercían la Cirugía Menor o Ministrante, pero que no eran otros que los Sangradores a los que se les había conferido un nuevo Plan de estudios.

Palabras Clave: Ministrante, Cirugía Menor, Cirugía Ministrante, Sangrador, Practicante, Enfermería

INTRODUCCIÓN

Tras la lectura de diversos artículos sobre antecesores de la enfermería y su normativa legal correspondiente, surgen dudas, más que razonables, acerca de la existencia o no de la titulación de Ministrante. Unos profesionales considerados por el colectivo de historiadores de la profesión, como antecesores técnico-quirúrgicos de las actuales enfermeras.

Las investigaciones realizadas en diversas instituciones depositarias de material histórico sobre esta temática, no han arrojado datos concluyentes que avalen la existencia oficial del Ministrante refrendada mediante una titulación universitaria del mismo nombre. Ello, a pesar del uso tan frecuente que se hace del término Ministrante en la documentación revisada, es lo que ha llevado a plantearnos que más bien fueron producto de un proceso de socialización colectiva de este nombre que los convirtieron, por necesidades o intereses profesionales del momento, en el <Alter-Ego>, social, institucional y profesional de los Sangradores, a los que consideramos como los verdaderos Ministrantes oficiales. El haber encontrado documentación suficiente que respalde esta hipótesis, así como la localización de un título oficial de Sangrador, con información concluyente, a nuestro entender cierra esta cuestión, abriendo nuevas líneas de investigación.

Completa el artículo un breve análisis lingüístico del término Ministrante y los posibles motivos de su empleo como sinónimo de Sangrador, acom-

pañado, como refuerzo, de una recopilación de la evolución del significado de las palabras “Sangrador” y “Ministrante” en diversas ediciones del Diccionario de la Lengua Española. Una recopilación de manuales o libros publicados durante los años 40, 50, y 60 del siglo XIX para las enseñanzas de los auxiliares sanitarios de la época, y una revisión de la revista “La Voz de los Ministrantes”, considerada la primera revista profesional de los sanitarios auxiliares, completan las fuentes de donde manan nuestros argumentos.

Objetivo

El objetivo general del presente estudio es aclarar el alcance académico, profesional, institucional y social del término Ministrante en la sociedad de mediados del siglo XIX.

Hipótesis

- Los Ministrantes como profesionales sanitarios provistos de una titulación oficial del mismo nombre, no han existido.
- Los Ministrantes, como eslabón de la cadena de antecesores de la enfermería, no eran otros que los Sangradores.
- El término Ministrante estaba comúnmente aceptado en todos los ámbitos sociales, siendo usado por quienes realizaban operaciones menores o secundarias, también llamadas de Cirugía menor, que no solía practicar el Cirujano.

Justificación

Averiguar la existencia real de una titulación oficial con la denominación de Ministrante y conocer el alcance exacto de la Real Orden de 29 de junio de 1846.

Estado de la cuestión

Está comúnmente aceptado entre la comunidad de historiadores de la profesión de Enfermería (Ventosa 1984; Siles 1999; Herrera 2000), y también de la Medicina (Albarracín 1973; Sanz 1998; Sanz 2004), la existencia en el siglo XIX de unos profesionales denominados <Ministrantes>, y que son considerados como antecesores de las actuales enfermeras. Existen también artículos publicados en donde se estudian las circunstancias que moti-

varon su aparición, sus atribuciones profesionales y sus interrelaciones con otras profesiones sanitarias, profundizando en la corta vida de estos Ministrantes, apenas once años, desde su nacimiento en 1846, hasta su desaparición en 1857, a favor de una nueva clase de auxiliares técnico-quirúrgicos llamados Practicantes (Jiménez 2006; Expósito 2009).

Sin embargo, en toda la bibliografía revisada, no se ha encontrado ninguna prueba irrefutable sobre la existencia de los Ministrantes, mas allá de la denominación social, institucional y profesionalmente aceptada del término, que sobrepase lo nominal y alcance su pleno reconocimiento mediante una titulación expedida por el organismo o institución correspondiente.

Un contexto que genera justificadas dudas sobre la oficialidad de los Ministrantes, no sobre la socialización de este término y su ubicación profesional, máxime cuando estén ciertas disposiciones normativas¹ que generan confusión, amen de otras cuestiones que iremos viendo en la investigación.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una lectura reflexiva de la diferente bibliografía, citada en el presente trabajo, en referencia a la figura profesional del Ministrante, completando los conocimientos acerca de estos profesionales sanitarios con una revisión sistemática de las diferentes normativas legales que iban apareciendo en esos textos. Las referencias legislativas se completaban con otras inducidas por las primeras.

El examen de las Memorias y Anuarios de la Universidad Central desde 1855 a 1900, localizadas en la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid², la revisión de los registros de expedientes y libros de asientos de Revalidas, conservados en el Archivo General de la Facultad de Derecho³, así como de expedientes académicos conservados en el Archivo Histórico Nacional⁴, junto a la documentación existente sobre este asunto en el archivo Histórico de la Universidad de Valencia⁵, durante el periodo 1846-1875, ha ido ayudando a despejar las incógnitas y dudas que surgieron durante la fase de lectura señalada al principio, permitiendo elaborar unas respuestas a las mismas.

Se ha estudiado la etimología de la palabra <Ministrante>, y empleado Internet para la búsqueda de la evolución de su significado, junto al de <Sangrador>. Para ello, a través del sitio Web⁶ de la Real Academia Española, se puede consultar el *Nuevo tesoro lexicográfico de la lengua española*, cuyas siglas son: (NTLLE)⁷. Se ha completado esta búsqueda con la consulta de la vigésimo segunda edición del Diccionario de la Lengua Española que vio la luz en octubre de 2001.

El repertorio legislativo desde los años cuarenta hasta finales de los setenta, del siglo XIX, los libros de instrucción que se publicaron en este periodo, así como la primera revista profesional de la época, “La Voz de los Ministrantes”, completan el principal material empleado para el presente estudio.

RESULTADOS

Comenzando el Siglo XIX, se promulgaron las Ordenanzas Generales para el Régimen Escolástico y Económico de los Reales Colegios de Cirugía⁸, que el rey Carlos IV había creado para abastecer de Cirujanos, no solo el ejército y la armada, sino también los pueblos de su reino. En las mismas, se establecen los estudios y condiciones de examen que debían observar los aspirantes a cirujanos latinos y romancistas. También se recogen las de los Sangradores y Parteras, concretando las facultades de los primeros en las de: *sangrar, sacar dientes y muelas, aplicar sanguijuelas y vexitorios, poner ventosas y sajarlas*.

En tiempos de Fernando VII, se produce el primer intento de reunir en una sola enseñanza los estudios de medicina y cirugía. Con tal motivo se promulgó el *Reglamento para el Régimen Científico, Económico e Interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía, y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas partes de la ciencia de curar*⁹. Para conseguir que los pequeños pueblos y aldeas de su reino tuviesen alguna asistencia sanitaria, pues era consciente el monarca de la imposibilidad de estos de mantener a un Médico, y mucho menos a un Médico-Cirujano, se crea la figura del Cirujano-Sangrador, quien actuaría en las enfermedades más comunes, y en las de mayor complejidad en caso de urgencia en ausencia de un Facultativo superior, teniendo la

obligación de avisarle rápidamente e informarle de lo sucedido.

La Real Orden de 20 de agosto de 1831, posibilitó a los Sangradores poder optar a la revalida de Cirujano-Sangrador:

“... se ha servido S.M. resolver que á todo Sangrador aprobado que quiera tomar la revalida de Cirujano-Sangrador, teniendo los requisitos que previene el Reglamento, solo se le exija para el deposito la cuarta parte de dichos dos mil reales, si esta cantidad la pagó por el titulo de Sangrador; y que el que hubiese consignado menos de los dos mil reales, los complete sobre lo que tuviere satisfecho.”

En 1836, a instancias de los alumnos cirujanos-sangradores del colegio de Medicina y Cirugía de San Carlos y Barcelona, los Cirujanos-Sangradores cambiaron su nombre por el de Cirujanos de tercera clase¹⁰. La propuesta inicial fue denominarse Cirujano de Colegio.

No sería la primera vez que estos antecesores de la enfermería quisieron apartar de su denominación profesional la referencia a “Sangrador”, ya que anteriormente, algunos Cirujanos-Sangradores, al tener entre sus competencias las tareas odontológicas, gustaban llamarse Cirujanos dentistas, (Sanz, 1999).

En 1843, se unificó de forma definitiva la medicina y la cirugía¹¹, al tiempo que se creó una nueva profesión sanitaria denominada <Practica en el arte de curar>.

Los profesionales de estos nuevos estudios, llamados “Prácticos en el arte de curar”, estaban autorizados para el ejercicio de la Cirugía Menor¹², la atención a los partos y la Medicina elemental. El escenario social donde debían desarrollar su labor, y para lo cual se habían creado, era las numerosas zonas rurales y pueblos pequeños que no podían ser atendidos por un medico-cirujano.

Los Prácticos en el arte de curar, que venían a sustituir a los Cirujanos de Tercera Clase, tuvieron una vida muy corta. En 1845, se aprueba en España un nuevo Plan General de Estudios¹³, el cual, por un lado suprimió los Colegios de Prácticos en el arte de curar, y por otro, en el Capitulo III, dedicado a la organización de los estudios de Medicina¹⁴, señala que un Reglamento fijaría las “condiciones bajo las cuales se podrá autorizar para ejercer la

sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante a los que desempeñaren o hubieren desempeñado el cargo de practicantes¹⁵ en los hospitales.” (Art.27)

El legislador no dio relevo profesional a los “Prácticos”, los cuales habían sustituido a los Cirujanos de Tercera Clase en 1843 como se ha dicho, siendo necesario, por tanto, reglamentar el ejercicio de la *sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante*, pues eran prácticas muy habituales en la época, siendo los alumnos de cirugía del último año, los llamados practicantes mayores, en quienes posiblemente se pensó para llevar a cabo estas funciones dada su experiencia.

“...: mas por lo que se hace a la aplicación de los tópicos, curacion de los enfermos, y execucion de las sangrías, estarán obligados todos los Colegiales; siendo responsable de lo que ocurra en la sala el Practicante mayor de ella¹⁶.”

En el Reglamento de 22 de octubre de 1845, para la ejecución del Plan de estudios de septiembre de 1845, nada se dice al respecto, como tampoco, aporta novedad el Plan de estudios del 8 de julio de 1847, ya que se limita a reproducir lo señalado en el Plan anterior:

“El Reglamento señalara las condiciones bajo las cuales se podrá autorizar para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante a los que desempeñaren o hubieren desempeñado el cargo de practicante en los hospitales”. (Art.17)

Sin embargo se considera importante llamar la atención sobre el tiempo futuro del verbo “poder”, ya que la referencia a “se podrá”, significa que en julio de 1847, todavía no se había ejecutado el mandato del artículo 27 del Plan de estudios de septiembre de 1845, que, recordemos, pretendía autorizar a los que *desempeñaren o hubieren desempeñado el cargo de practicante en los hospitales*, para el ejercicio de la Cirugía menor o ministrante, y para la realización de sangrías.

Mientras tanto, este campo profesional tan demandado no se podía quedar huérfano de profesional que lo ejerciera, y por eso en 1846 se dicta el reglamento para ejercer la cirugía menor o ministrante, una Norma en la que la mayoría de los historiadores de enfermería anclan el nacimiento

de un nuevo profesional llamado Ministrante, uno mas en la lisa de antecesores de las actuales enfermeras.

El señalado Reglamento, se publicó el 29 de junio de 1846, y venia a establecer las condiciones que debían reunir quienes aspirasen a que se les concediera la autorización necesaria para ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante.

Una vez presentadas las acreditaciones de reunir los requisitos teórico-práctico exigidos en el citado Reglamento, y depositar las cantidades establecidas, eran admitidos a examen. Pero, ¿Qué título obtenían: el de Cirujano Menor o el de Ministrante? A tenor de lo señalado en el articulado del Reglamento, se obtenía el título de Sangrador que le otorgaba licencia para realizar unos determinados cometidos profesionales:

“Concluido el examen, cada uno de los examinadores dará su voto, y si fuese aprobado por la mayoría el examinando, extenderá el secretario..., la licencia de sangrador a favor del individuo aprobado”. (Art. 6)

“Para ser admitido a examen de sangrador, se hará previamente el depósito de 700 reales vellón, pagando además 100 reales por los derechos de examen”. (Art. 8º)

“Cuando saliere reprobado un individuo en el examen para sangrador,...”. (Art. 9º)

Además, cuando en el Reglamento se habla de los cometidos profesionales que otorgaba esta Licencia, *ejercer la sangría y demás operaciones de la cirugía menor o ministrante*”, se especifica que en la misma deben constar sus limitaciones, y en este sentido se dice:

“Se expresara en la licencia que los sangradores están completamente inhabilitados para hacer sangrías generales o tópicas, así como también para aplicar medicamentos al exterior, poner toda especie de cáusticos o cauterios y hacer escarificaciones, sin mandato expreso de profesor médico o cirujanos en sus respectivos casos,...” (Art.7)

La Limpieza de la dentadura, extraer dientes y muelas, y ejercer el arte de callista, completaban el alcance de las atribuciones de los nuevos sangradores.

Por último señalar que este Reglamento de 1846, también contemplaba un sistema de con-

validación de los títulos anteriores de Sangrador por el nuevo que regulaba la citada norma, y así por ejemplo se señala que *“Se concederá a los individuos que existan en la antigua clase de sangradores, ..., así como también a los que tengan el título de la misma clase expedido por el extinguido Protomedicato de Navarra”¹⁷, el que puedan cambiar sus títulos de sangrador..., y sin mas gastos que el de 100 reales vellón por el despacho del nuevo título”.* (Art. 11)

La Real Orden de 1 de marzo de 1847, en su preámbulo, viene a arrojar más luz sobre la cuestión que nos ocupa, ya que difícilmente una norma suele regular dos titulaciones diferentes al mismo tiempo, en nuestro caso la de Sangrador y la de Cirujano Menor o Ministrante:

“Habiendo llamado la atención de S.M. el diverso modo con que ha sido entendido lo dispuesto en la Real Orden de 29 de junio del año ultimo acerca de los estudios privados que deben hacer cuantos aspiren al título de sangrador,...”

Esta norma de 1847, por una lado establecía las condiciones que debían reunir y observar los profesores que se dedicaban a la enseñanza privada de la Flebotomía, principal ocupación de los Sangradores, por lo que eran también llamados Flebotomianos. Por otro lado, organizaba las enseñanzas prácticas en los hospitales que debían acreditar quienes aspiraban al título de Sangrador. En este afán de organizar estas enseñanzas, se dice:

“Podrán seguirse los estudios teóricos en los mismos dos años que el aspirante al título de Sangrador sirva el destino de practicante de cirugía en los hospitales,...; pero si no hiciese aquellos estudios en los dos años mismos que sirva el destino de practicante, será preciso, para que sean validas las certificaciones de haber servido dos años este destino, que sea al menos uno de ellos posterior a los otros dos de lecciones practicas.” (Art.4º)

Los siguientes planes de estudios, con sus respectivos Reglamentos, que se publicaron (1850, 1851, 1852) nada dicen respecto a la creación de la titulación de Ministrante. La Ley de Instrucción pública de 1857, en su artículo 40 manda suprimir la enseñanza de la Cirugía Menor o Ministrante,

estableciendo a continuación que un Reglamento debía determinar los conocimientos exigibles a los aspirantes a un nuevo título: el de Practicante¹⁸.

Los libros de instrucción de la época (1846-1862)

El Catalogo Bibliográfico de Publicaciones Enfermeras (1541-1978), escrito por Carlos Álvarez Nebreda, nos ha facilitado, en gran medida, elaborar el cuadro donde se recogen por orden cronológico, los libros publicados en España durante el segundo y tercer tercio del Siglo XIX que están dedicados a la formación de los sanitarios que nos interesan en este trabajo (Álvarez, 2008).

Los primeros libros publicados, nada más reglamentarse la cirugía menor o ministrante, fueron, por un lado el escrito por Antonio Rotondo, en 1846, titulado *“Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones y modo de limpiar la dentadura, precedido de algunas observaciones sobre la odontología y otras no menos interesantes, para el uso de los que se dediquen a la cirugía menor ó ministrante”*.

Por otro lado, en el mismo año, ve la luz la primera edición¹⁹ del *“Manual practico para el estudio de los Sangradores”*, añadiendo en la portada, a continuación del título <creados por Real Orden de 10 de julio de 1846>. Sorprende poderosamente que en la portada figure esta fecha, ya que revisada la “Colección de Órdenes Generales y Especiales” relativas a los diferentes ramos de la instrucción Pública secundaria y superior desde el uno de enero de 1834 hasta fin de junio de 1847, (Tomo I), no aparece en la fecha referenciada en el libro, (10-julio-1846), ninguna Norma relativa a los Sangradores²⁰. También llama la atención que en la reseña profesional del autor que figura en la portada del libro, entre otros méritos consta el de “Examinador de los nuevos Sangradores”. Revisado un ejemplar del mismo en la Biblioteca Nacional de Madrid, encontramos la siguiente “ADVERTENCIA PRELIMINAR”:

“Cuando leí la Real orden de 10 de julio próximo anterior, creando una clase de Sangradores destinados a auxiliar a los profesores de la ciencia de curar en la práctica de la Cirujía ministrante...”

.../...

“...no me recordaba siquiera de la citada real Orden, cuando tuve el honor de recibir un oficio, en el que el Sr. Rector de la Universidad se servía nombrarme examinador de los nuevos Sangradores.”

El Tercer libro editado en España, dentro del terreno en que nos estamos moviendo, podemos decir que es el escrito por Juan Chomón, bajo el título de “Manual del Sangrador”, publicándose una segunda edición en 1854.

En 1848 se publica en Madrid la *“Guía teórica-práctica del Sangrador, Dentista y Callista, o tratado completo de Cirugía Menor o Ministrante”*.

En 1849, aparece en Barcelona el *“Nuevo Manual del Sangrador”*, con la inserción en la portada de la siguiente inscripción <obra que sirve de texto para las lecciones que da en la clase el Dr. D. Lorenzo Vidal y Auté>, y sigue diciendo <Destinada para los alumnos sangradores y sumamente útil a los principiantes de Medicina y Cirugía>.

En 1851, Rafael Ameller Romero, para fundamentar la enseñanza de estos profesionales, publica el *“Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante”*, obra que será reeditada en 1855 y en 1862. En los preliminares del libro se dice. *“Esta obrita la dedico exclusivamente a los alumnos de Cirugía ministrante, a los flebotomistas o sangradores que necesitan, según les esta mandado por la superioridad, cursar por espacio de dos años los estudios teóricos que corresponden a la Cirugía menor”*. (Herrea, 2000:21)

En 1862 ve la luz el *“Tratado de Cirugía Menor”*, Tomo I, escrito por Cayetano Álvarez Osorio, libro redactado según el espíritu del nuevo Reglamento de 21 de Noviembre de 1861, para el uso de los que se dedican a la carrera de Practicantes., así reza en la portada del libro. Al escribir el Tomo II, un año después, al referirse al arte de Dentista, en el Artículo I, primera parte, dice: *“Cuando nos hicimos cargo de esta enseñanza en el año de 1950, en que estaba unida a la flebotomía, según lo disponía el Reglamento de 1846...”*

Por último, en 1866, Nicolás Ferrer y Julve, escribe el *“Compendio de Cirujía Menor”*, y a continuación señala en la portada “libro escrito para los Sangradores”.

Año	Autor	Título
1846	Joaquín de Palacios y Rodríguez	Manual practico para e l estudio de los Sangradores.
1846	Antonio Rotondo	Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones, y modo de limpiar la dentadura...para uso de los que se dediquen a la Cirujia Menor o Ministrante.
1847	Juan Chomón	Manual del sangrador
1848	José Díaz Benito y Angulo, y Pedro González y Velasco	Guia teórico-práctico del Sangrador, Dentista y Callista, o tratado completo de Cirujia Menor o Ministrante
1849	Lorenzo Vidal y Auté,	Nuevo manual del sangrador
1851	Rafael Amellier y Romero	Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o Ministrante. Tercera edición.
1852	José Alonso y Ors	Curso completo de cirugía menor
1856	Bonifacio Cisneros	Manual práctico de fleboarteriotomía y otras operaciones de Cirujia Menor
1862	Cayetano Álvarez Osorio	Tratado de Cirujia Menor. Tomo I
1863	Cayetano Álvarez Osorio	Tratado de Cirujia Menor. Tomo II
1866	Nicolás Ferrer y Julve	Compendio de Cirujia Menor o Ministrante

Los Ministrantes y Sangradores en el Diccionario de la Lengua Española. Argumento lingüístico

Al igual que la carencia de fuentes o vestigios solventes obliga muchas veces a los historiadores a acudir a los topónimos como último recurso, en nuestro caso, no nos queda otro remedio que auxiliarnos de la lengua y de su evolución histórica mediante el apoyo de la semántica y de la lingüística para buscar indicios de autoridad en los que reforzar nuestra teoría.

En una primera etapa, el vocablo **ministrante** lo hallamos en la lengua española utilizado como adjetivo para calificar a la rama de la cirugía que, por ocuparse de las pequeñas intervenciones, recibía el nombre de Cirugía Menor, por oposición a la que ejercían los maestros cirujanos denominada mayor y referida a intervenciones de capital importancia. En numerosas ocasiones, al hacer referencia a aquella, posiblemente para evitar restarle valor (minus-valolarla), se ofrece la alternativa de nombrarla también como **ministrante**, acompañando esta disyuntiva con este adjetivo, más eufónico y más críptico, como todo cultismo usado en la terminología científica médica.

El adjetivo **ministrante** (con el significado de *menor* o *ayudante*) aplicado a la cirugía, muta en

sustantivo para denominar al profesional que ejerce (ministra) dicha ciencia. Evolución seguramente generada por mimetismo con otras palabras del mismo origen, como es el caso de los ejemplos que señalamos: Comandante, comerciante, regente, tratante, pasante... Y tantas otras, cuyo origen es un adjetivo procedente del participio de presente latino del verbo correspondiente²¹.

El actual Diccionario de RAE, incluye todavía en nuestra lengua la voz **ministrar**, definiéndola como (Del lat. *ministrāre*). **1.** tr. p. us. *Servir o ejercer un oficio, empleo o ministerio.* U. t. c. intr. **2.** tr. p. us. *Dar, suministrar a alguien algo. Ministrar dinero, especies.* **3.** tr. ant. administrar. (Hay que hacer notar que estas accesiones vienen precedidas del indicativo de “poco usado” o “antiguo”, lo que augura su desaparición).

Ministrante, en el español actual, figura en el Dicc. De la RAE con las acepciones siguientes: (Del ant. part. act. de *ministrar*). **1.** adj. p. us. *Que ministra.* U. t. c. s. **2.** m. p. us. *Practicante de un hospital.* V. **cirugía ministrante**. (Al igual que el verbo, en vías de desaparecer). Buscamos, pues, **cirugía ministrante** y esta es la definición de la Academia de la Lengua: **1. f.** *La que comprende ciertas operaciones secundarias que no suele practicar el médico.*

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA	SANGRADOR	MINSTRANTE	MINISTRAR
Año 1739	El que tiene el oficio de sangrar	No aparece e l termino	Servir o ejercitar algún oficio, empleo o ministerio
Año 1803	El que tiene el oficio de sangrar	p.a. MINISTRAR, el que ministra, o sirve.	Servir o ejercitar algún oficio, empleo o ministerio
Año 1852	El que tiene oficio de sangrar	p.a. MINISTRAR. El que ministra, o sirve	Servir o ejercitar algún oficio, empleo o ministerio
Año 1899	El que tiene el oficio de sangrar	p.a. MINISTRAR. Que ministra// Practicante	Servir o ejercitar un oficio, empleo o ministerio
Año 1984	El que tiene por oficio sangrar	p.a. de ministrar. Que ministra//m. Practicante de un hospital	Servir o ejercer un oficio, empleo o ministerio
Año 1985	El que tenía por oficio sangrar	p.a. de ministrar. Que ministra// Practicante de un hospital	Servir un oficio, empleo o ministerio
Año 1992	El que tenía por oficio sangrar	p.a. de ministrar. Que ministra// Practicante de un hospital	Servir o ejercer un oficio, empleo o ministerio
Año 2001 (última edición)	Hombre que tenía por oficio sangrar	1. Que ministra. 2. Practicante de un hospital	Servir o ejercer un oficio, empleo o ministerio

Evolución de las diferentes definiciones realizadas por la Real Academia Española
Tabla. Elaboración propia

Revistas Profesionales. La Voz de los Ministrantes

El 15 de enero de 1864, aparece el número uno de “La voz de los Ministrantes”, periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta Clase y la de Practicantes, según reza en la cabecera de esta publicación. Con la lectura de sus cinco primeros números se considera suficiente para las hipótesis de este trabajo. En este sentido, a continuación reseñamos las referencias encontradas:

* *La Voz de los Ministrantes, n° I, pag.3*

En un artículo firmado por Marcelino Seco Marcos, quien aparece en el número dos de la revista como miembro del equipo de redactores de la misma, donde se lamenta de la situación del colectivo, se indica lo siguiente:

“..., atendido a la reprehensible tolerancia que se ejerce por parte de innumerables familias a favor de los muchos que se dedican a la practica de

cuantas operaciones que solo incuben a nuestro ejercicio de sangradores, para lo cual se nos autoriza por medio de un titulo concedido por S.M., el que hemos llegado a obtener después de adquiridos los conocimientos teóricos y prácticos que la ley determina;...”

Termina su artículo diciendo:

“Así es, que despojados nosotros de móviles tan necesarios, defraudadas nuestras esperanzas en el orden individual y faltos de protección como clase, tratamos, si nos es posible, de poner remedio a tanto mal, ayudados principalmente de la justicia de nuestra causa, pues con sólo decir que poseemos un título que acredita nuestra profesión, el que nada nos vale, porque tal documento parece no ser necesario para que cualquiera se convierta en sangrador, creemos sería mas que suficiente, para que estas quejas fuesen atendidas por quien pueda y deba hacer valer nuestros ya adquiridos derechos.”

* *La Voz de los Ministrantes, n° I, pag.5*

En el apartado CRONICA, un espacio en la revista dedicado a noticias breves, se puede leer la siguiente: **Somos o no somos?** (á quien corresponda.)

“Si somos sangradores, nos hará el favor de explicarnos por qué no se admiten las solicitudes de estos, cuando hay una vacante puramente de tal en la cas Real, y si no lo somos, de que nos sirve el titulo adquirido después de hechos los estudios que exigen las leyes, y sufrido ante un tribunal de medicina u cirugía el examen correspondiente?”

* *La Voz de los Ministrantes, n° III, pag.22*

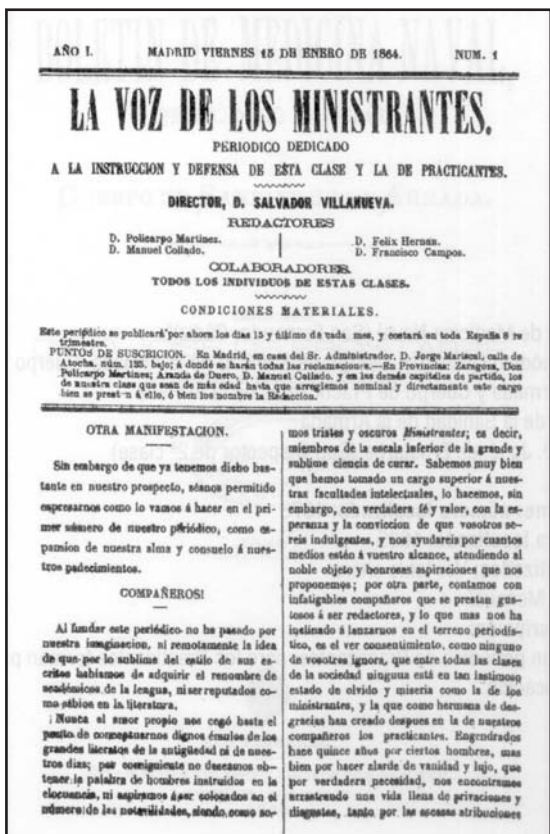
En un artículo de opinión, firmado por Sabas Muñoz y Castillo, de Santistevan del Puerto, en febrero de 1864, nos dice el autor:

“Con este objeto, en el año de 1855, me ví en la necesidad de marchar á la córte para obtener el titulo de Sangrador o Ministrante,...”

* *La Voz de los Ministrantes, n° IV, pag. 29*

En un artículo firmado por Felix Hernan, reflexionando sobre sí los Ministrantes pertenecen al arte de curar o no, se dice:

“...pues bien, los periódicos de medicina y cirugía, órganos mas autorizados, por estar dirigi-



dos por personas mas ilustradas que nosotros, y por lo tanto con mas obligacion de saberlo, les rogamos nos digan por medio de sus ilustrados periódicos, si los ministrantes o sangradores pertenecemos a al arte de curar o no.”

* *La Voz de los Ministrantes*, n° V, pag.35

En un artículo opinión firmado por Pedro Brovia, acerca de la conveniencia de reformar tanto la Ley de Instrucción Publica del momento, como su carrera, el autor comenta:

“Que la ley de Instrucción Publica necesita reformarse para esta clase, no ofrece duda de ningún genero, pues cuando una ley contiene defectos debe modificarse. Que la clase de Sangradores o Ministrantes esta descuidada y debe atenderse á ella lo conoce todo el mundo”.

A más abundamiento, Salvador Villanueva, al hablar en la “editorial” del número IV del periódico que estamos estudiando²², sobre las reformas necesarias en los estudios de su titulación, señala que:

“(...). Y siendo esto así, ¿no es una obligación sagrada del Gobierno, prepararlos mejor dándoles otro género de instrucción, y ensanchando la esfera de sus conocimientos? Que diferencia habría si en vez de hacerles gastar el tiempo como se les hace ocupándoles veinte y cuatro y treinta meses para sólo enseñarles la flebotomía y poco más...”

Los estudios de Flebotomía eran los exigidos para obtener el título de Sangrador, según el Reglamento de 29 de junio de 1846, y más aun, el libro escrito en 1865, por Ambrosio González del Valle, titulado <Manual de Flebo-Tomianos ó Sangradores y Dentista>, relaciona directamente la flebotomía con los sangradores, como tratándose de lo mismo.

En esta línea, el mismo Salvador Villanueva, al esgrimir razones a favor de una mejora para su profesión, en su alegato hace referencia a los años en que fueron creados los Ministrantes y los Practicantes. Dice el director del periódico en su número cinco²³:

“Pero avancemos y digamos las cosas de una manera clara para que nos entienda mejor; crearon primero los Ministrantes el año 1846 se les exigieron por de pronto treinta meses de estu-

dio, ...”. *“Pasaron algunos años desde el 46 al 61 y en este intermedio no hubo mas creaciones pero ya á los hombres de las reformas medica les parecía mucho tiempo trascurrido sin hacer nada e inventaron en el citado año 1861 los Practicantes y Parteras.”*

Al establecer Villanueva la creación de los Ministrantes en el año 1846, seguro que se está refiriendo al Reglamento para ejercer la cirugía menor o ministrante de 29 de junio de 1846, ya que en ese año no existe otra normativa posible, pero la susodicha habla en todo momento y de forma explicita de sangradores, tal y como se ha comentado.

Por último señalar que <La Voz de los Ministrantes>, fue el núcleo sobre el que gravitaron todas las reivindicaciones de “la clase” durante el periodo de tiempo que existió, convirtiéndose además, en el órgano de expresión del Colegio de Sangradores de Sevilla²⁴ y, más adelante, en el órgano de expresión del Colegio de Dentistas de Sevilla²⁵.

Por otro lado señalar que, en el Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia²⁶, de 1847, (pag.93), hay un apartado dedicado a los Sangradores o Ministrantes, el cual comienza diciendo lo siguiente:

“Con alguna razón han producido quejas repetidas los cirujanos, contra la clase de Ministrantes o sea Sangradores, creada en virtud de la Real Orden de 29 de junio del año anterior”, refiriéndose al año 1846.

Búsqueda en Archivos

A) La Biblioteca Histórica Marques de Valdecilla²⁷, es la biblioteca histórica de la Universidad Complutense de Madrid. Entre sus fondos se encuentran las Memorias y Anuarios de la Universidad Central²⁸, En este sentido, los datos encontrados se han agrupado en las tres tablas diferentes que se presentan.

La primera refleja las denominaciones que aparecen en los cuadros o tablas de las estadísticas de las enseñanzas en la Universidad Central, relativas a la Facultad de Medicina, (Ejercicios, Revalidas, Títulos y Grados), desde el curso 1855-1856, hasta el curso 1863-1864. En el curso 1864-1865, y en los sucesivos, para el objeto del presente trabajo,

señalar que aparece siempre el termino <Practicante>.

La segunda Tabla recoge la denominación que aparece en los datos que se ofrecen en estas Memorias y Anuarios en referencia a los Aranceles que debían abonar los alumnos en concepto de Revalida, Examen y Expedición de Títulos²⁹. A partir del curso 1863-1864, al objeto de este estudio, solo aparecen Practicantes.

Por otro lado, en dichas Memorias y Anuarios de la Universidad Central que se han revisados, desde el Curso 1855-1856, se recoge cada año una relación por orden alfabético de apellidos, de los títulos y grados conferidos, de forma que en el apartado de la Facultad de Medicina aparecen hasta el Curso 1860-1861³⁰, (al curso siguiente deja de publicarse), una relación de nombres de alumnos bajo los epígrafes que se recogen en la Tabla tercera.

Ejercicio, Revalidas y Grados, y títulos de la Facultad de Medicina	Nombre que aparece
Curso 1854-1855	SANGRADOR
Curso 1855-1856	SANGRADOR
Curso 1856-1857	SANGRADOR
Curso 1857-1858	MINISTRANTE
Curso 1858-1859	SANGRADOR
Curso 1859-1860	MINISTRANTE
Curso 1860-1861	MINISTRANTE
Curso 1861-1862	MINISTRANTE
Curso 1862-1863	MINISTRANTE Y PRACTICANTE
Curso 1863-1864	SANGRADOR Y PRACTICANTE

TABLA 1. Elaboración propia

ANUARIO	PRIMER ARANCEL (Papel de Reintegro)	SEGUNDO ARANCEL (Metálico)
1855-1856	SANGRADOR	SANGRADOR
1856-1857	SANGRADOR	SANGRADOR
1857-1858	PRACTICANTE	SANGRADOR
1858-1859	PRACTICANTE	SANGRADOR
1859-1860	MINISTRANTE	SANGRADOR
1860-1861	MINISTRANTE	SANGRADOR
1861-1862	PRACTICANTE	PRACTICANTE
1862-1863	PRACTICANTE	PRACTICANTE

TABLA 2. Elaboración propia

Títulos y Grados	Epígrafe que aparece
Curso 1855-1856	MINISTRANTES o SANGRADORES
Curso 1856-1857	MINISTRANTES o SANGRADORES
Curso 1857-1858	MINISTRANTE
Curso 1858-1859	MINISTRANTE
Curso 1859-1860	MINISTRANTE
Curso 1860-1861	MINISTRANTE

TABLA 3. Elaboración propia

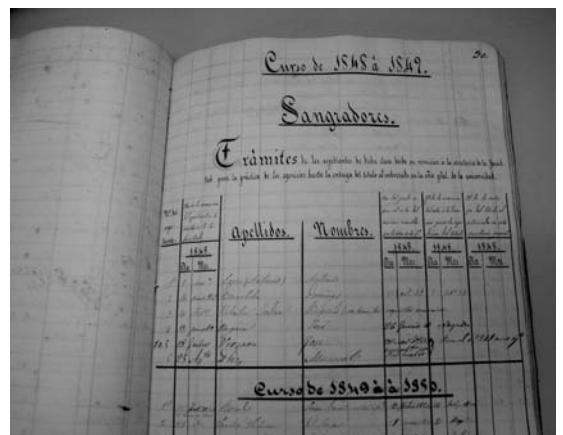
B) En el Archivo General de la Facultad de Derecho, es donde se encuentra el Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid. En el mismo se han localizado varias cajas conteniendo las Actas de los exámenes ordinarios de la Facultad de Medicina (Universidad Literaria de Madrid, después Universidad Central), así como los libros de registro de expedientes de varias titulaciones correspondientes a los años 1846-1857, periodo de tiempo donde se han ubicado tradicionalmente la existencia oficial de los Ministrantes.

Para el presente trabajo nos interesa señalar que existe un libro de Registro³¹ de los expedientes para el grado de Licenciado en Cirugía, Cirujanos de 2ª y 3ª clase, Sangradores, Herbolarios y Comadronas. En este libro, en lo concerniente a Sangradores se dice: *Cuaderno de registro de los expedientes para la revalida de Sangrador; que instruidos en dicha secretaria se remiten a la de la Facultad para las diligencias de los ejercicios y que la facultad luego que se concluyen devuelve con las atas originales.*

Seguidamente se relacionan el año del curso, número de expediente y el nombre de los alumnos, apareciendo en el Curso 1845-1846, diez alumnos; en el Curso 1846-1847, veinticinco alumnos; y en el Curso 1847-1848, dieciséis alumnos.

Al empezar los asientos en el libro señalado del Curso siguiente, 1848-1849, se deja claro que es de Sangradores), y se indica:

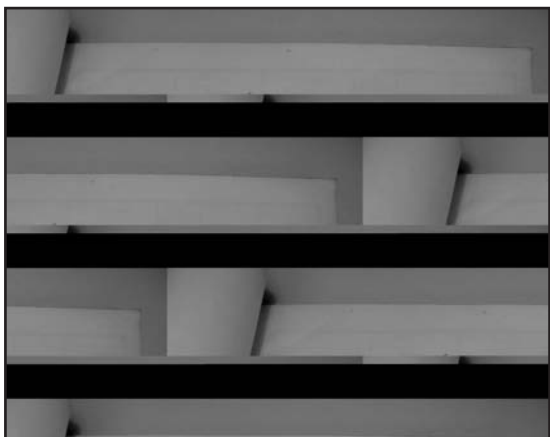
Tramites de los expedientes de dicha clase desde su remisión a la secretaria de la facultad para la práctica de los ejercicios hasta la entrega del título al interesado en la secretaria general de la universidad.



En este curso se recogen una relación de 6 alumnos, siendo de treinta y tres en el curso 1849-1850. En el curso 1850-1851 aparecen 29 alumnos; en el Curso 1851-1852, son 49 los alumnos que figuran; y en el último Curso que se recoge, el correspondiente a 1852-1853, figura una relación de cincuenta y tres alumnos.

Por otro lado se ha encontrado, un libro de asientos de las revalidas de Cirujano, Sangrador y Matronas, correspondiente a la Universidad Central, Facultad de Medicina. Nada más comenzar este libro, existe unas anotaciones del Secretario General de la Universidad, siendo una de ellas la siguiente:

Este asiento es continuación de los que hasta el expresado curso, desde el de 1845 a 1846, llevaba y conserva el referido oficial, de todos los grados y revalidas de la Facultad de Medicina.



El libro comienza con el Curso 1851-1852, continuado, en el caso de los Sangradores, hasta el curso 1855-1856. En cada curso se recogen los nombres y apellidos del alumno, naturaleza y provincia, fecha del último examen para obtener la revalida de sangrador, votos de aprobación y el número del expediente.

Buscados los expedientes de estos alumnos, se nos indica que los mismos se conservan en el Archivo Histórico Nacional.

C) La información encontrada en el Archivo Histórico Nacional³², es una prueba inequívoca del grado de socialización del término Ministrante. En los expedientes revisados³³, es notable el uso alternativo, indistinto y entremezclado que se hace de

este término y el de Sangrador, además de utilizarse expresiones como Cirujano Ministrante, Cirugía Ministrante, Sangrador Ministrante, Cirujano Menor, y Cirugía Menor.

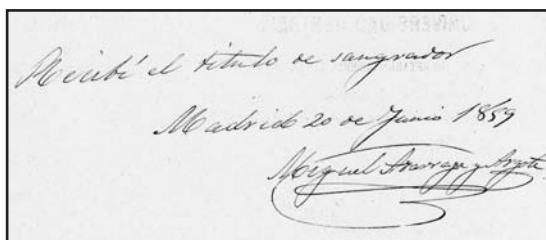
Sin embargo, algunos documentos resultan claves para la presente investigación. Así por ejemplo hay expedientes³⁴ donde toda la documentación que lo conforman, esta abrazada por un folio que en su parte superior pone la palabra “Sangrador”. En otros encontramos el justificante de la Secretaría General de la Universidad Central, Negociado de Medicina, de haber consignado el alumno el papel de reintegro correspondiente al pago de los derechos de sello y expedición del Título de Sangrador, siendo la fecha de 25 de junio de 1857³⁵.



Por el contrario encontramos en el Expediente de Miguel Aldarraga y Argote un documento donde hace referencia al examen que realizó para obtener su título donde consta:

En este día sufrió el examen para Ministrante y fue aprobado por mayoría de votos.

El documento lleva fecha de 4 de mayo de 1859, sin embargo, en el mismo expediente consta un documento fechado el 20 de junio de ese mismo año, firmado por el interesado donde hace constar haber recibido el Título de Sangrador³⁶.



Y para más curiosidad, en el expediente de Manuel Alcaide Franco³⁷, encontramos en el mismo documento, a su parte derecha el acta del examen de Ministrante, mientras que en su parte izquierda se recoge una certificación del Secretario General de la Universidad, dando fe que obra en su poder el expediente presentado por el susodicho para ser admitido al examen de Sangrador³⁸.

la Universidad Central, donde informa del extravío de su título a fin de que se le expida uno nuevo. El señor Alcaide en su escrito hace referencia al título de ministrante o sangrador.

UNIVERSIDAD LITERARIA
DE MADRID.

D. Victoriano Marín
Secretario general de esta Universidad.

Concursos: Que del expediente instruido en la Secretaría general de mi cargo a instancia de D. Manuel Alcaide y Franco para ser admitido al Examen de Sangrador presentada sus estudios en la forma siguiente:

Ha practicado con D. Estiguel Perea y Bermejo cirujano y jefe de los Hospitales civiles y en comisión de la Secretaría de Sanidad de 1.º de Setiembre de 1850 hasta fin de Diciembre del mismo año, y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1851 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1852 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1853 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1854 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1855 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1856 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1857 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1858 hasta fin de Diciembre del mismo año), y con D. Manuel Paredes (1.º de Setiembre de 1859 hasta fin de Diciembre del mismo año).

El Secretario del tribunal.
P. Salera

ACTA
DEL EXAMEN DE MINISTRANTE.

D. Manuel Alcaide y Franco, natural de Villanueva de Arriba, jurado de Sangora, residente en Madrid por su familia, ha sufrido, en el día de la fecha, ante el tribunal compuesto de los profesores que suscriben, el examen correspondiente para Ministrante, siendo aprobado por dos votos.

Madrid 3 de Abril de 1853

D.º de Argenal

Man. Paredes
Patrios de Salera

Firma del interesado.
Man. Alcaide y Franco

V.º de
El D.º de
Alcaide

El Secretario del tribunal.
P. Salera

Excmo. Sr. Rector de la Universidad Central:

Manuel Alcaide y Franco, natural de Villanueva de Arriba, jurado de Sangora, residente en Madrid por su familia, ha sufrido, en el día de la fecha, ante el tribunal compuesto de los profesores que suscriben, el examen correspondiente para Ministrante, siendo aprobado por dos votos.

Madrid 3 de Abril de 1853

D.º de Argenal

Man. Paredes
Patrios de Salera

D) En el Archivo Histórico de la Universidad de Valencia, hay registrados 606 expedientes académicos de Sangradores, ninguno de Ministrante. Corresponden a años comprendidos entre 1846 y 1875, y habiendo revisados cincuenta de ellos al azar, encontramos una documentación que se repite en todos:

- * Instancia del interesado dirigida al rector de la Universidad Literaria de Valencia solicitando sea admitido a examen, y en donde se hace constar haber satisfecho los depósitos correspondientes.
- * Una partida de bautismo firmada por el párroco o vicario de la localidad de nacimiento del aspirante.
- * Un certificado de un profesor habilitado para impartir las enseñanzas teórico-prácticas que debían observar los aspirantes al título. En los certificados se hace constar, básicamente, lo siguiente: Que había ejercido el destino de practicantes de cirugía en un determinado hospital, el tiempo realizado, y la conducta observada, que siempre era buena y a satisfacción de los tutores. También se hacía constar el tiempo (dos años) que había estudiado el

Con respecto a Manuel Alcaide señalar que la Gaceta de Madrid de fecha 17 de mayo de 1859 recoge un anuncio donde se informa del extravío de su título de “Ministrante”.

ANUNCIOS OFICIALES.

DIRECCION GENERAL DE INSTRUCCION PUBLICA.

D. Manuel Alcaide y Franco pretende se le expida nuevo título de Ministrante por haber sufrido extravío el que obtuvo en la Universidad de Madrid. Lo que se anuncia para los efectos del art. 40 del Real decreto de 27 de Mayo de 1855. Madrid 10 de Mayo de 1859.—El Director general, Eugenio Moreno Lopez.

Sin embargo en su expediente hemos encontrado una carta manuscrita por el, dirigida al rector de



EL MINISTRO DE FOMENTO.

Por cuanto Don *Manuel Ángel Pérez y Torán* natural de *Alcalá* provincia de *Madrid* de edad de *treinta y cinco* años, después de haber acreditado que tiene las circunstancias necesarias para ser admitido á examen de Sangrador, señaladas en la Real orden de veintinueve de Junio de mil ochocientos cuarenta y seis, ha sido aprobado en *la Universidad de Valencia* el día *cinco de Noviembre último*. Por tanto, de orden de S. M. la Reina expido este Título en su favor para que pueda ejercer el arte de Sangrador, quedando autorizado para hacer sangrias generales ó locales, para aplicar medicamentos al exterior del cuerpo, para poner fuentes, vejigatorios y toda clase de cáusticos ó cauterios, para hacer escarificaciones, para limpiar la dentadura y extraer dientes yuelas y para ejercer el arte de callista. En su consecuencia, las Autoridades permitirán y consentirán al referido Don *Manuel Ángel Pérez y Torán* ejercer el arte de Sangrador sin pena ni impedimento alguno, siempre que se limite á ejercerle no mandando por sí ningún medicamento y haciendo las sangrias ó las escarificaciones, y poniendo las sanguijuelas, cáusticos y cauterios con mandato expreso de Profesor de Medicina ó de Cirugía, en sus respectivos casos; pues si lo hiciere sin este mandato, quedará sujeto á las penas que prescriben ó prescribieren las leyes, reglamentos ó Reales órdenes contra los que ejercen la Medicina ó Cirugía sin Título legítimo. Dado en Madrid á *quince de Enero* de mil ochocientos *treinta y tres*.

FIRMA DEL INTERESADO.

 Registrado al folio 176.
 El Contador general de pagos.

 En nombre del Sr. Ministro,
 El Director general.

Manuel de la
Don Manuel

Título de Sangrador, á favor de Don *Manuel Ángel Pérez y Torán*
 Reg. al fol. 15 del lib. corresp. num. 2.

“...después de haber acreditado las circunstancias necesarias para ser admitido a examen de sangrador; señaladas en la Real Orden de 29 de junio de 1846...”

Dado en Madrid a 15 de enero de 1863.

Título de sangrador a favor de Manuel Ángel Pérez y Torán.

arte de dentista y la realización de estudios privados de flebotomía de forma satisfactoria.

“Así mismo que durante los mismos dos años á estudiado y practicado el arte de dentista y privadamente la flebotomía en la academia que he dirigido, y cuyas lecciones han abrazado todas las materias que marca la condición 2ª del artículo 1º de la R.O. de 29 de junio de 1846, manifestando aplicación y aprovechamiento”.³⁹

Señalar que en todos los expedientes académicos revisados se hace referencia a la R.O. de 29 de junio de 1846 reconociéndola como la organizadora de las condiciones exigibles para acceder al título de Sangrador. No obstante, al igual que ocurre en los expedientes del Archivo Histórico Nacional,

en algunas certificaciones se hace notar el grado de socialización del término Ministrante, pues algunos profesores lo utilizan en la expedición de las mismas.

- * Certificado del Secretario General de la Universidad acerca de la veracidad de los certificados de prácticas y estudios presentados.
- * Escrito del Vicerrector donde, en vista la documentación recogida en el expediente, autorizaba su admisión a la revalida de sangrador.
- * El Acta de revalida de Sangrador, firmada por el presidente del tribunal haciendo constar la calificación obtenida por el aspirante.

La búsqueda en los expedientes de quienes optaron a la revalida de Sangrador, finalizó con el descubrimiento de un Título de Sangrador⁴⁰, expedido por el Ministro de Fomento el 15 de enero de 1863. En el título constan las atribuciones profesionales de los sangradores, así como sus limitaciones. No está firmado por el interesado, lo que puede significar que por circunstancias desconocidas no fue recogido, motivo por el cual ha permanecido en su expediente académico. Es muy importante señalar, para la cuestión que nos ocupa, que en el Título se deja claro que el mismo, se expide tras haber acreditado las circunstancias exigibles señaladas en la R.O. de 29 de junio de 1846, para ser admitido a examen de Sangrador.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El plan general de estudios de 1845, al suprimir las enseñanzas de quienes el Plan Mata de 1843, había otorgado la capacidad para realizar las operaciones comprendidas en la cirugía menor, los <Prácticos en el arte de curar>, indica la necesidad de regular el ejercicio de estas funciones, proponiendo para su realización a los estudiantes de cirugía que hubieran desempeñado el cargo de practicante, (Practicante Mayor). Pero de este “deseo” legislativo no se entiende se desprenda la pretensión de reglamentar una nueva titulación. Por otro lado, era necesario esta regulación ya que quienes las realizaban anteriormente, sus enseñanzas habían sido suprimidas: Cirujanos de Tercera Clase en 1843, y los Prácticos en el arte de curar en 1845. Como sanitarios auxiliares “titulados” solo quedaban, en teoría⁴¹, los Sangradores con la regulación de 1804, y a los cuales, mediante Real Orden de 20 de agosto de 1830, se les dio la opción de revalidarse de Cirujano-Sangrador. No obstante, como es lógico pensar, no todos los Sangradores optarían al señalado título, sino que continuaron ejerciendo como tales. Al no llevarse a cabo lo preceptuado en el Plan de estudios de 1845 en relación a los practicantes de cirugía, se actualizaron las enseñanzas de los Sangradores en 1846, dándoles un nuevo contenido por medio de la Orden de 26 de junio, donde se habla de un “nuevo título de sangrador”.

La Real Orden de 29 de junio de 1846, establece la regulación de las enseñanzas de la Cirugía

menor o ministrante, pero la titulación que otorga a los profesionales sanitarios que habilita para su ejercicio es la de Sangrador. Sin embargo el empleo del término “Ministrante” para referirse a quienes ejercían operaciones propias de la Cirugía menor está muy generalizado tanto en el propio ámbito profesional, como en la sociedad y en las instituciones, siendo pues normal pensar que esta aceptación popular generalizada del término se vinculase con el de una titulación oficial otorgada por el Ministerio correspondiente tras la superación de las oportunas pruebas, tal y como ha venido siendo aceptada de forma generalizada en el campo de la historia de la Enfermería.

De la lectura detenida y reflexiva del Reglamento de 29 de junio de 1846, se puede concluir que venía a regular una parte de la Cirugía, la cual abarcaba una serie de actuaciones profesionales que por su poca complejidad y escasa dificultad a la hora de ejecutarlas, se denominó < cirugía menor >, encomendando o autorizando la ejecución de las mismas a través de una Licencia consustancial al título de Sangrador, pero nunca al título de cirujano menor o ministrante, ya que esta titulación, a tenor de este estudio, nos atrevemos a decir que no existió como tal, y al hablarse de estos términos, se está refiriendo a un campo de actuación profesional que comprende unas determinadas técnicas, y no a una titulación.

Por otro lado, la variedad de libros que venían a dar respuesta a las exigencias formativas que se establecen en el Reglamento de 29 de junio de 1846 para quienes aspirasen a obtener el título que se regula en el mismo, se deja claro el concepto de Cirugía Menor como campo de actuación, no como titulación, y por ende sinónimo de Cirugía Ministrante, además hay claras referencias hacia los Sangradores como los profesionales a quien van dirigidos y no a los Ministrantes.

Al hacer la revisión de la voz “Sangrador”, en todos los Diccionarios de la Lengua Española, desde 1739, hasta la última edición de 2001, nos damos cuenta que durante más de 260 años, se ha asociado a este antecesor de la Enfermería, con un determinado oficio, el de sangrar, esto es, con la sangría y por tanto con todo lo relacionado con esta técnica. Cuestión que no ocurre con “Ministrante”,

pues desde que en 1803 se incluye entre las voces de la Academia, siempre se la recoge como *El que ministra*, participio activo de *Ministrar* (Servir o ejecutar algún oficio, empleo o ministerio). Es a partir de la decimotercera edición del Diccionario, 1899, cuando, en su definición, se recoge *Practicante* como su masculino. En la vigésimo primera edición del Diccionario de la Lengua Española, de 1992, se recoge un segundo significado: *Practicante de un hospital*, manteniéndose en la edición de 2001.

El que con el paso del tiempo persista en los diccionarios el termino *Sangrador* referido al oficio que tenía como misión la de sangrar y sin embargo *Ministrante* continúe apareciendo como *El que ministra...* y *Practicante* aparezca referenciado a un título, creemos que es una señal más que potencia nuestra creencia acerca de la no existencia jamás de la titulación de *Ministrante*.

Abundando en la cuestión semántica, pensamos que en un determinado momento histórico, el vocablo castellano **ministrante** comienza a ser usado como sustantivo y preferido a otros modos para designar a los que ejercen la cirugía menor o auxilian al médico cirujano en sus intervenciones. Ello se puede explicar, por un lado, merced al principio de economía que siguen invariablemente las lenguas vivas, lo que puede ser expresado con una sola palabra se prefiere a tener que utilizar dos. Al denominar **cirujano** al profesor que practicaba la cirugía (en vez de **Cirujano Mayor**), no queriéndose designar como **Cirujano Menor** (dos palabras) a su ayudante y, dándose el caso claro de mimetismo con otros nombres de profesionales con idéntica evolución lingüística y la anfibología a que hemos hecho mención (igual forma para el adj. y el sust. y también para el masc. y el fem.), se eligió **ministrante** para nombrar a éste.

Por otro lado, históricamente el nombre con que venía designándose a este gremio era el de **barberos y/o sangradores**, ambos semánticamente poco nobles, menos eufónicos y escasamente evocativos de ciencia o estudios facultativos.

Es por ello que el empleo de *Ministrante* en lugar de *Sangrador*, puede deberse a que se considerase más apropiada para acuñar una denominación diferente que evitara confusión con los antiguos sangradores, cuyo campo de actuación se limitaba solamente a lo relacionado con la flebotomía,

mía, máxime cuando cabía la posibilidad de la coexistencia con aquellos sangradores que no convalidasen por el nuevo título.

En cuanto a la revista “La Voz de los Ministrantes”, con tan solo la lectura de los cinco primeros números de la misma, se obtienen varias referencias a la cuestión que nos ocupa que vienen a apoyar las Tesis que mantenemos, a saber: la no existencia de una formación que otorgara el Título o Licencia de *Ministrante*, y por tanto la no existencia de esta titulación como tal, sino más bien usada socialmente como sinónimo de la de *Sangrador*.

No obstante lo dicho, hay que resaltar que en la señalada publicación, predomina el uso del término *Ministrante* en lugar del de *Sangrador*.

La *Voz de los Ministrantes*, fue el núcleo sobre el que gravitaron todas las reivindicaciones de “la clase” durante el periodo de tiempo que existió, convirtiéndose además, en el órgano de expresión del Colegio de Sangradores de Sevilla⁴⁵ y, más adelante, en el órgano de expresión del Colegio de Dentistas de Sevilla.⁴³

¿Tiene sentido crear un Colegio de Sangradores en vez de uno de *Ministrante*?, ¿no sería que al ser una constitución oficial debía hacerse con el nombre de la titulación oficial y no con la denominación popular?. Estamos convencidos que en el argot de los propios sangradores se asumió como propia la denominación de <*Ministrante*>, la cual fue promovida desde el seno del colectivo de sangradores y por tanto aceptada por todos.

La búsqueda en los diferentes Archivos, nos hemos encontrado con que en los expedientes de los alumnos es generalizado el empleo en documentos de ambos términos, siendo quizás mayor el uso del de *Ministrante*. A pesar ello la utilización del término <*Sangrador*> en determinados documentos, hace que nos inclinemos a pensar que los expedientes revisados, a pesar del uso alternativo de ambos términos que induce a confusión, contienen la documentación de quienes optaron a un “nuevo título de *Sangrador*” regulado por la Real Orden de 29 de junio de 1846, y no el de *Ministrante*. El Hallazgo en el Archivo Histórico de Valencia de un título de *Sangrador* con base en la citada Norma, confirma de manera contundente nuestros planteamientos.

Por todo lo expuesto, en síntesis nos permitimos sugerir la siguiente secuencia:

- 1.- La R.O de 29 de junio de 1846 regula el <ejercicio de la cirugía menor o ministrante>
- 2.- Ministrante, para la Academia Española, es “El que ministra”
- 3.- Ministrar es “Servir o ejecutar algún oficio, empleo o ministerio”
- 4.- El único Título del que habla la R.O de 1846, es el de Sangrador
- 5.- El Sangrador es el Ministrante que ejerce su oficio en el campo de la cirugía menor
- 6.- Los libros de instrucción de la época dejan constancia de ello.

Con los resultados obtenidos consideramos se da respuesta a las hipótesis planteadas. Los Sangradores fueron los sanitarios que han monopolizado el oficio de sangrar durante mucho tiempo, siendo a partir de la promulgación de la Real Orden de 29 de junio de 1846, cuando adquieren unas competencias mayores, quedando autorizados para ejercer todas las actividades, y no solo la sangría, incluidas en el campo de la Cirugía Menor, también llamada Ministrante o cirugía ministrante, por su carácter de cirugía auxiliar o poca importancia delegada por el médico. Un tipo de cirugía que a partir de 1861, pasa a ser desempeñada por los Practicantes, una nueva titulación creada al amparo de la *Ley de Instrucción Pública* de 9 de septiembre de 1857, mas conocida como Ley Moyano.

Es por tanto erróneo la consideración de la Real Orden de 29 de junio de 1846, como punto de partida de la titulación oficial de Ministrante, y como tal, respaldo legal de estas enseñanzas, ya que esta titulación nunca existió.

Los únicos estudios y titulación que reguló la citada Real Orden fue la de Sangrador, siendo por tanto, de forma oficial, esta denominación y no otra, el eslabón profesional previo al del Practicante, dentro de la cadena de antecesores de la actual enfermera.

Sin embargo, al amparo de esa Norma, se generalizó el término Ministrante el cual tuvo una gran penetración en todos los estamentos de la sociedad de la época, de forma que en muchas ocasiones, eclipsaba, social, profesional e institucionalmente al de Sangrador, a pesar de que fuera frecuente el uso indistinto de ambos términos. Por ello, en el

terreno sanitario, los auxiliares de los cirujanos que tenían encomendadas la realización de las operaciones comprendidas dentro de la Cirugía Menor o Ministrante, eran denominados con el termino <Ministrante>, en lugar, o con mas frecuencia, que el termino <Sangrador>

Con todo lo expuesto, se llega a las siguientes conclusiones:

- La titulación, como tal, de Ministrante no ha existido nunca, como tampoco ha existido la de Cirujano Menor.
- La Real Orden de 29 de junio de 1846, reguló la titulación de Sangrador, organizando las competencias profesionales que debían tener los nuevos sangradores, y dando la opción de convalidar a quines tuvieran el título anterior.
- Se denominaban de forma popular Ministrantes a quienes realizaban operaciones quirúrgicas y actuaciones clínicas comprendidas dentro del campo de la cirugía menor.
- El empleo de la denominación Ministrante, evitaba confusión con aquellos sangradores que no hubiesen convalidado el título, y por tanto su campo competencial era menor.
- En la cadena de los antecesores de la actual Enfermería, oficialmente se deben incluir a los sangradores en lugar de los ministrantes.
- El grado de socialización del término “Ministrante” en la España de mediados del siglo XIX es muy alto, llegándose a normalizar su empleo como sinónimo de sangrador e incluso como sustituto del mismo.



Archivo General de la Universidad Complutense de Madrid.

BIBLIOGRAFÍAFuentes primarias

Gaceta de Madrid
 Colecciones legislativas
 Planes de estudios
 Expedientes académicos
 Diccionarios de la Lengua Española
 Revistas profesionales
 Libros de instrucción

Repertorio legislativo

Real Cedula de 6 de mayo de 1804
 Real Cedula de 30 de junio de 1827
 Real Orden de 31 de marzo de 1836
 Real Decreto de 10 de octubre de 1843
 Real Decreto de 17 de septiembre de 1845
 Real Decreto de 22 de octubre de 1845
 Real Orden de 29 de junio de 1846
 Real Orden de 1 de marzo de 1847
 Real Orden de 24 de junio de 1847
 Real Decreto de 8 de julio de 1847
 Real Decreto de 28 de agosto de 1850
 Real Decreto de 10 de septiembre de 1851
 Real Orden de 13 de diciembre de 1851
 Real Decreto de 10 de septiembre de 1852
 Real Orden de 24 de enero de 1853
 Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857
 Real Orden de 21 de noviembre de 1861
 Real Orden de 20 de febrero de 1867

Fuentes secundarias

- Albarracín, A. (1973) "La titulación médica en España durante el siglo XIX". Cuadernos de historia de la medicina española, Servicio de publicaciones de la Universidad de Salamanca. (libro)
 - Álvarez, C. (2008) "Catalogo bibliográfico de publicaciones enfermeras (1541-1978)". Colegio de Enfermería de Madrid. Madrid. (libro)
 - Álvarez C. (2010) "Catálogo publicaciones periódicas enfermeras 1864-1977" Colegio de Enfermería de Madrid. Madrid (libro)
 - Ambrosio A. (1865) "Manual de Flebo-Tomianos ó Sangradores y Dentista"; cuarta edición. Librería de Rosa y Bouret. Paris (libro)
 - Expósito R. (2009) "Historia de la prensa profesional de los Ministrantes y Practicantes en España en el Siglo XIX". Cultura de los Cuidados, 26:12-21; 2º semestre 2009. CECO-VA, Valencia (revista)
 - Herrera F. (2000) "Un capítulo de la Enfermería: La Cirugía Menor en la España del siglo XIX". Cultura de los Cuidados; (7-8) : 18-26. CECOVA, Valencia (revista)
 - Jiménez I. (2006) "Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: Los Ministrantes". Cultura de los Cuidados 19: 16-36. CECOVA, Valencia (revista)
 - Iborra P (1987) "Historia del Protomedicato en España (1477-1822)". Universidad de Valladolid, secretariado de publicaciones. (libro)
 - Indalecio J. (1859) "Guía legislativa: Índice general de las Leyes, Decretos, Ordenes y Circulares, contenidas en los noventa tomos de la colección legislativa oficial de España que comprende desde 1810 hasta el día". Madrid. (libro)

- Martínez M. (1987) "Diccionario de la Administración Española"; cuarta edición. Madrid. (libro)
 - Saavedra J. (2009) "De la historia intrahospitalaria lucense: Precursores de la Enfermería". Enfermeir@s. Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Lugo; abril (13): 67-72. (revista)
 - Sanz, J. (1999) "Historia General de la Odontología Española". Ed. Masson. (libro)
 - Sanz R. (2004) "Los Practicantes y el ejercicio de la Odontología Española". Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Historia de la Ciencia). Madrid. (libro)
 - Siles J. (1999) "Historia de la Enfermería"; Ed. Aguacilar. (libro)
 - Ventosa F. (1984) "Historia de la Enfermería Española"; Ed. Ciencia 3. (libro)

NOTAS COMPLEMENTARIAS

- ¹ R.O. de 13 de diciembre de 1851; R.D. 20 de febrero de 1867.
- ² Calle Noviciado, 3. Madrid
- ³ Facultad de Derecho, 2º sótano. Ciudad Universitaria. Madrid
- ⁴ Calle Serrano, 115. Madrid
- ⁵ Avenida Blasco Ibáñez, 30. Edificio: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Valencia
- ⁶ <http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000020.nsf/voTodosporId/2CDF85BBF055C349C1257168003A3E51?OpenDocument>
- ⁷ El NTLLE es un diccionario de diccionarios, un diccionario total que, dentro de un entorno informático de consulta, contiene desde la primera edición del Diccionario de la Real Academia Española hasta la 21ª edición, entre otros diccionarios y obras en donde figura el patrimonio léxico de nuestro idioma.
- ⁸ Real Cedula de seis de mayo de 1804
- ⁹ Real Decreto de 16 de junio de 1827
- ¹⁰ Real Orden de 31 de marzo de 1836
- ¹¹ Plan de estudios del 10 de octubre
- ¹² Se llama la atención, al objeto del presente trabajo, la concepción de la Cirugía Menor, como campo de actuación profesional, pero no como titulación.
- ¹³ Real Decreto de 17 de septiembre de 1845, (gaceta del 25).
- ¹⁴ El artículo 25, del Capítulo III señala: "El que apruebe los cinco años primeros se graduara de Bachiller en Medicina; y el que después de recibir este grado, curse y apruebe los otros dos años, podrá tomar el de licenciado en la misma facultad con cuyo título quedara autorizado para ejercer la profesión de medico y cirujano en toda la monarquía".
- ¹⁵ Al hablar de Practicantes, se esta refiriendo a los alumnos en prácticas de Cirugía. Los alumnos del último año podían ocupar el cargo de practicante mayor, con sus correspondientes atribuciones.
- ¹⁶ Ordenanzas Generales para el Régimen Escolástico y Económico de los Reales Colegios de Cirugía; Capítulo VIII, artículo 15. Real Cedula de 6 de mayo de 1804
- ¹⁷ La Real Orden de 24 de junio de 1847, volvía a establecer que quienes hubiesen obtenido el título de sangrador expedido por el Protomedicato de Navarra, con posterioridad al 14 de noviembre de 1842 (fecha en que se crea la Academia de cirugía y medicina de Pamplona, anulando al Protomedicato), pudieran sin necesidad de justificar mas estudios ni requisitos, presentarse a examen de sangrador en cualquiera de las

Universidades del reino, debiendo depositar 100 reales vellón para la expedición del título y para los derechos de los examinadores.

El Tribunal del Protomedicato se institucionaliza en España mediante la pragmática de los Reyes Católicos de 30 de marzo de 1477, con la finalidad de ejercer un control sobre las profesiones y oficios sanitarios de la época. Esta institución se extendió a otras zonas de España, como en el caso de Navarra, donde se estableció en 1525 con absoluta independencia del de Castilla. (Iborra, 1987)

¹⁸ El citado Reglamento se promulga el 21 de noviembre de 1861

¹⁹ Dionisio Hidalgo. Diccionario general de la bibliografía española; Tomo IV, pag.93. Madrid, 1868

²⁰ La Guía Legislativa de José Indalecio Caso, fiscal de imprenta y abogado del Colegio de Madrid, editada en 1859, y que es un índice general de las leyes, Decretos, Ordenes y Circulares contenidas en los noventa tomos de la colección legislativa oficial de España desde 1810 hasta 1859, no recoge ninguna norma en relación con Ministrantes, pero sí varias respecto de los Sangradores, y en todas ellas se habla del título de Sangrador.

²¹ Nos dice la lingüística que se denomina participio activo al derivado verbal que en español acaba en *-nte* y denota capacidad de realizar la acción que expresan el verbo del que deriva. Muchos de ellos proceden de participios de presente latinos y hoy se integran, en su mayor parte, en la clase de los adjetivos (*alarmante, permanente, balbuciente*) o de los sustantivos (*estudiante, cantante, presidente*) o algunos se han convertido en proposiciones (*durante, mediante*) o en adverbios (*bastante, no obstante*).

²² La Voz de los Ministrantes, nº IV, pag.26

²³ La Voz de los Ministrantes, nº V, pag. 34

²⁴ El número 29 de la Voz de los Ministrantes, de fecha 20 de febrero de 1865 recoge en su cabecera y por primera vez desde su publicación “Órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla”

²⁵ El número 63 de la Voz de los Ministrantes, de fecha 31 de enero de 1866 recoge en su cabecera y por primera vez desde su publicación “Órgano oficial del Colegio de Dentistas de la Provincia de Sevilla”

²⁶ Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, Tomo II, Tercera serie, desde el número 53 al 104, ambos inclusive, pertenecientes al año 1847.

²⁷ Ubicada en la calle Noviciado, número 3, Madrid.

²⁸ Universidad de Madrid o Universidad Central fueron los nombres que tomó la Universidad de Madrid cuando se cerró la Universidad de Alcalá, y sus estudios fueron trasladados a la ciudad de Madrid, a mediados del siglo XIX. Mediante Real Orden de la Reina Regente de 29 de octubre de 1836, se decretó el comienzo del traslado a Madrid de los estudios. La universidad de Madrid se denominó en un principio Universidad Literaria y en 1851, Universidad Central.

http://es.wikipedia.org/wiki/Universidad_de_Madrid

En 1970 el Gobierno acomete planes de reforma de la Enseñanza Superior, y la Universidad Central pasa a denominarse Complutense.

http://www.ucm.es/pags.php?tp=Historia_de_la_Universidad_Complutense&a=&d=0000624.php

²⁹ Los Aranceles eran de dos clases: Primer Arancel y Segundo Arancel. El Primer Arancel se satisfacía en <papel de reinte-

gro>, mientras que el pago del Segundo Arancel era en metálico. El primer Anuario que recoge estos Aranceles es el correspondiente al curso 1855-1856. En este Anuario, figura que los Sangradores pagan por el derecho de examen, 700 reales de Primer Arancel, y 100 reales por el Segundo Arancel.

³⁰ Memoria de la Universidad Central para el Curso 1860-1861. Ref. (ARC 3- 7)

³¹ El libro esta guardado en la caja referenciada ce la siguiente forma: AH-328

³² Situado en la calle serrano 115 de Madrid

³³ Legajo 1263-Exp.47; Legajo 1331-Exp.10; Legajo 1293-Exp.16; Legajo 1262-Exp.47; Legajo 1279- Exp.35; Legajo 1270-Exp.5; Legajo 1270-Exp.5; Legajo 1223-Exp.105; Legajo 1692-Exp.51, son algunos de los expedientes revisados, todos ellos corresponden a alumnos de la Universidad Central y se localizan en la sección <universidades> del Archivo.

³⁴ Legajo 1331-Exp.10; Legajo 1279- Exp.35

³⁵ Legajo 1293-Exp.16

³⁶ Legajo 1263-Exp.47

³⁷ En la Gaceta de Madrid de fecha 17 de mayo de 1859, se publica un anuncio donde se recoge lo siguiente: “*D. Manuel Alcaide y Franco, pretende se le expida nuevo titulo de Ministrante, tras haber sufrido extravío el que obtuvo en la Universidad de Madrid*”. Es el único anuncio que se ha encontrado haciendo referencia al título de Ministrante, el resto de anuncios de estas características encontrados hace todos referencia al título de Sangrador.

³⁸ Legajo 1270-Exp.5

³⁹ Archivo de la Universidad de Valencia. Expediente Académico nº 172/12.

⁴⁰ Archivo de la Universidad de Valencia. Expediente Académico nº 215/22

⁴¹ Tanto las enseñanzas de Cirujano de Tercera Clase, como las de Prácticos, a pesar de haber sido suprimidas, se estuvieron impartiendo durante un tiempo después, al margen de las enseñanzas del nuevo Sangrador. Un motivo pudiera ser la necesidad de atender las necesidades sanitarias de las zonas rurales, ante la escasez de titulados superiores (médicos-cirujanos)

⁴² El número 29 de la Voz de los Ministrantes, de fecha 20 de febrero de 1865 recoge en su cabecera y por primera vez desde su publicación “Órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla”

⁴³ El número 63 de la Voz de los Ministrantes, de fecha 31 de enero de 1866 recoge en su cabecera y por primera vez desde su publicación “Órgano oficial del Colegio de Dentistas de la Provincia de Sevilla”

ALUNAS ORIENTAIS QUE VIVENCIARAM O INTERNATO NA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - BRASIL (1953-1970)

Bárbara Felix Fragazi da Silva¹, Genival Fernandes de Freitas²,
Janete Komessu Nakamura³

¹ Estudante do 5º semestre. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

² Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³ Professora da Escola de Enfermagem São José, da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de São Paulo.



EASTERN STUDENTS FORMED WHO EXPERIENCED THE BOARDING SYSTEM AT THE SCHOOL OF NURSING OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO - BRAZIL (1953-1970)

SUMMARY

Introduction: The Nursing School of University de São Paulo SP (EEUSP) was established in 1942 and for 17 years it offered the internship for their students. This study **aimed** to identify the socio-

demographic profile of eastern students formed who experienced the boarding system in the EEUSP, in that period of 1953 to 1970, and analyze the findings based on the literature on the history of nursing.

Material and method: the data was collected after obtaining the successful evaluation of the Ethics in Research of the EEUSP, being used an instrument to collect data, previously developed, to identify the socio-economic status of subjects of investigation. Thus, data were obtained through the documents of entry of the former students at the Service of the Graduate of EEUSP.

Results: The findings have enabled us to contextualize events and relevant social aspects of eastern culture, revealing the interface of these aspects with the professional choice and the story of these women.

Discussions: The pedagogical project, the theoretical and practical preparation, the fields of training and the facilities of this system of the boarding school system possible to say that the school attracted the interest of many candidates for the nursing program at the time. This study helped to rescue the history of EEUSP, from the look of the documents that portrayed a little history of these former students, highlighting the effort of this institution for training nurses to work in different scenarios of professional practice.

Key words: History of nursing, Women, History.

ALUMNAS ORIENTALES QUE PASARON POR EL SISTEMA DE INTERNADO EN LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO - BRASIL (1953-1970)

RESUMEN

Introducción: La Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (EEUSP) se creó en 1942 y durante 17 años ofreció para sus estudiantes el sistema de internado. Este estudio tuvo como **objetivos** identificar el perfil socio-demográfico de alumnas orientales que estuvieran en esa Escuela, como internas, en el período 1953-1970, y analizar las hallazgos basados en la literatura sobre la historia de la enfermería.

Material y método: Los datos fueron recogidos después del informe favorable del Comité de Investigación de la EEUSP, a través de un instrumento de recolección de datos, previamente preparado, para identificar el perfil socio-económico de los sujetos de investigación. Los datos fueron recogidos a través de los documentos de ingreso de las alumnas EEUSP, junto la Sección de Estudiantes de Grado de la misma institución.

Resultados: Los resultados nos han permitido contextualizar los acontecimientos y aspectos sociales relevantes de la cultura oriental, revelando la articulación de estos aspectos con la elección profesional y la historia de estas mujeres.

Discusiones: El proyecto pedagógico, la preparación teórica y práctica, los campos de prácticas y las facilidades ofrecidas por el sistema de internado posibilitan decir que la escuela atrajo el interés de muchas candidatas para el programa de enfermería en el momento. Este estudio ayudó a rescatar la historia de la EEUSP, desde la mirada de los documentos que retratan un poco la historia de estos antiguos alumnos, destacando el esfuerzo de esta institución para la formación de enfermeros para trabajar en diferentes escenarios de la práctica profesional.

Palabras clave: Historia de la Enfermería, Mujeres, Historia.

RESUMO

Introdução: A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) foi criada em 1942 e durante 17 anos ofereceu o internato para suas alunas. Este estudo teve como **objetivos** identificar o perfil sócio-demográfico de alunas que vivenciaram o internato na EEUSP, no período de 1953-1970, e analisar os achados com base na literatura sobre a história da enfermagem.

Material e método: a coleta de dados ocorreu após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, sendo utilizado um instrumento de coleta, previamente elaborado, para identificar o perfil sócio-econômico dos sujeitos da investigação. Assim, as informações foram obtidas por intermédio das fichas de ingresso das ex-alunas junto ao Serviço de Graduação da referida Escola.

Resultados: Os achados possibilitaram-nos contextualizar fatos e aspectos sociais relevantes da cultura oriental, desvelando a interface desses aspectos com a escolha profissional e a história dessas mulheres.

Discussões: O projeto pedagógico, a preparação teórico-prática, os campos de estágio e as facilidades do sistema de internato possibilitam afirmar que a Escola atraía o interesse de muitas candidatas ao curso de enfermagem na época. Este estudo contribuiu para resgatar a história da EEUSP, a partir do olhar sobre os documentos que retrataram um pouco a história dessas ex-alunas, destacando-se o esforço dessa instituição para a formação de enfermeiras para atuarem em diferentes cenários da prática profissional.

Descritores: História da enfermagem, Mulheres, História.

INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO

No Brasil, assim como em muitos países latino-americanos, os longos anos em que a escravidão vigorou remeteram a problemas de educação e saúde, uma vez que não era de interesse monárquico desenvolver essas áreas. Os primeiros hospitais

criados foram as Santas Casas e no século XIX estabeleceram-se aqui as primeiras Escolas de Medicina, já que eram raros os brasileiros que tinham condições de estudar tal prática na Europa.

Historicamente, sabe-se, quanto à criação de escolas oficiais na área de Saúde no Brasil, que os cursos foram instalados pelo idealismo de grupos que visavam o desenvolvimento desse setor. Já no início do século XX, a necessidade da existência de profissionais capazes de prestar assistência à saúde da comunidade em geral, que coordenassem consultas e demais controles era vigente. Especificamente em São Paulo, a sociedade necessitava de enfermeiras de saúde pública, mas o governo do Estado alegava não ter condições para criar instituições de ensino que formassem tais profissionais.

O pioneirismo, no Estado de São Paulo, ficou por conta do Hospital Samaritano, berço da enfermagem profissional. Em 1896 foi o primeiro a adotar o sistema Nightingaleano, acolhendo alunas que sabiam falar inglês para morarem no hospital, ingressando como praticantes na instituição, ficando sob supervisão da Matron, uma espécie de gerente de enfermagem.

Nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas são essenciais para entender a implementação da Enfermagem no país. Chagas liderou a Reforma Sanitária e iniciou projetos que visavam acordos bilaterais entre Brasil e Estados Unidos, especificamente com a Fundação Rockefeller junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Surgiu, por meio de um desses acordos, em 1923, o primeiro curso de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública: 14 alunas sob regime de internato estudavam na Escola Ana Néri, próxima ao Hospital São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro.

Desde a construção da Faculdade de Medicina da USP, foi criado um vínculo do governo de São Paulo com a Fundação Rockefeller. Um dos acordos feitos entre as instituições preconizava a posterior construção da Faculdade de Enfermagem, segundo os moldes da Escola Ana Néri do Rio de Janeiro, fato que foi “esquecido” pelo Governo. Somente com a vinda ao Brasil de Mary Elizabeth Tennant, chefe da Seção de Enfermagem da Fundação Rockefeller, este acordo foi “relembrado”

e em 1942, durante o Estado Novo, foi assinado o decreto 13.040/42 que criava a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. As atividades foram iniciadas em 02 de janeiro de 1943, utilizando o regime de internato, sob a direção de Edith de Magalhães Fraenkel, que ocupava na ocasião o cargo de Chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas. Dentre os pontos fundamentais discutidos pela administração da Fundação e por Miss Tennant, estavam os princípios que orientavam o funcionamento da nova entidade: colaboração monetária da Fundação, doando livros e equipando laboratórios, organização, orçamento, finanças, administração em geral e residências adequadas para as estudantes (Carvalho, 1980).

A profissionalização oferecida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, ou somente Escola de São Paulo, como era chamada, refletia modernidade quanto ao ensino aplicado, pois oferecia além de formação teórica, campos de estágio que qualificavam “a nova profissional”.

O edifício da Escola foi construído durante a II Guerra Mundial e é considerado um dos primeiros conjuntos arquitetônicos modernistas de São Paulo. O projeto inicial contava com oito andares, previa uma ala residencial que incluiria refeitório e lavanderia, e outra de ensino que comportaria salas, laboratórios e biblioteca. Estava sendo instituído o regime de internato na EEUSP, obrigatório para todas as alunas, mesmo as que residiam em São Paulo, já que a manutenção de pelo menos dois terços das alunas em residências na instituição era uma questão legal. A arquitetura moderna do Hospital das Clínicas (HC) contrastava com a Faculdade de Medicina, cuja arquitetura neoclássica imprimia outras representações, voltadas para a tradição e nobreza do ofício. A modernidade do prédio e a qualificação dos serviços de saúde que a fundação da Escola de São Paulo suplantaria refletia os avanços no âmbito do exercício profissional. Entre 1942 e 1947 o novo e maior hospital da América Latina abrigou as primeiras alunas, as residências estavam localizadas nos 6º e 10º andares e somente quando o prédio da EEUSP ficou efetivamente pronto, elas foram transferidas.

Os acordos entre a Fundação Rockefeller e o governo preconizavam a excelência da Escola,

tendo em vista a possibilidade de ingresso de estudantes de toda a parte do país, proporcionando, assim, uma possibilidade concreta para essas mulheres estudarem, pois poderiam se alojar na própria instituição. Serviria como uma motivação para formar enfermeiras profissionais para atuarem não somente no Brasil, mas em todo mundo. O prédio deveria prover de facilidades para educação, residência, administração e atividades sociais e recreativas e suas instalações visavam, sempre, o bem estar das alunas.

Do cenário da EEUSP emergiram mulheres que muito acrescentaram à enfermagem brasileira. O elevado número de descendentes de orientais apresentou-se como fato de primordial interesse do estudo, que pretendeu analisar o porquê deste fato, bem como a presença de muitas dessas mulheres no exercício de cargos de extrema importância dentro ou fora da Escola.

O levantamento feito junto ao Serviço de Graduação da EEUSP destacou o número de 132 alunas de origem oriental formadas na EEUSP, no período estudado de 1953 a 1970. Assim, os dados coletados junto àquele Serviço comprovou que, em 1953: haviam 39 alunas, sendo 2 alunas orientais; em 1962: haviam 14 alunas, sendo 5 orientais; em 1966: haviam 25 alunas, sendo 11 orientais e em 1970, haviam 30 alunas, sendo 15 orientais. Esses achados revelaram, também, a crescente presença de alunas descendentes de orientais a partir de 1953 (as primeiras alunas orientais foram formadas neste ano). Pode-se destacar o ano de 1970 quando elas representavam metade das estudantes.

O estudo das histórias dessas mulheres pretendeu recuperar a memória de uma época, contribuindo para o olhar de quem vivenciou o período,



quem o sucedeu e quem está por chegar. É, ainda, uma forma de propiciar o auto-conhecimento de muitos enfermeiros, principalmente os que estudam ou estudaram na Escola, evidenciando sua identidade enquanto discentes. Não se constitui apenas em uma ação voltada para a preservação da memória da EEUSP, mas também, uma forma de contribuir para um melhor entendimento de um período importante da história da enfermagem no Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

A abordagem quantitativa possibilitou a mensuração de dados complementares sobre os sujeitos para posterior avaliação e inter-relação com os discursos. Segundo Burke (1989), o estudo da história quantitativa foi sentido primeiramente no campo econômico e espalhou-se para a história social, em especial para a história populacional. Assim, essa tendência da utilização da metodologia quantitativa nos estudos históricos, invocando temas econômicos, invadiu a história cultural, da religião e das mentalidades.

Para levantamento e análise dos dados quantitativos acerca das alunas orientais que se formaram na EEUSP, foram utilizadas as fichas de inscrição de estudantes de enfermagem no período estudado, as quais se encontram disponíveis no setor de Graduação da referida Escola.

A coleta ocorreu a partir do mês de agosto de 2009 e no procedimento de análise dos dados foram utilizados os recursos de computação por meio do processamento no sistema Microsoft R Excel. Posteriormente, foram construídos os gráficos representativos dos achados e o tratamento dos mesmos realizou-se por meio da estatística descritiva simples, sem inferências ou análises mais complexas. Os conteúdos dos gráficos foram selecionados de maneira que possibilitassem a consonância com a temática do presente estudo.

Os nomes das ex-alunas descendentes de orientais foram levantados a partir das listas das turmas de acordo com o ano de conclusão do curso, as quais se encontram, em sua maioria, disponíveis no setor de Graduação da EEUSP. Porém, algumas fichas não foram localizadas, devido a extravios ou por razões desconhecidas. Sendo assim, do total de 132 estudantes orientais identificadas, no mencio-

nado período, foram consultadas 122 fichas e os resultados estão a seguir expostos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados nos possibilitaram conhecer o perfil sócio-demográfico da população estudada.

É possível observar as mais variadas cidades em que as futuras enfermeiras nasceram. Cabe ressaltar que três delas nasceram fora do Brasil, na China (Indochina) e no Japão (Fukuoka e Wakayama-ken).

Outras alunas nasceram em comunidades rurais, destinadas ao cultivo agrícola, como a fazenda Primeira Aliança e em Mirandópolis, mas a grande maioria era de São Paulo (32 delas, 26,2%).

A média de idade das ingressantes orientais na EEUSP era de 19 anos. A aluna mais nova entrou na EE aos 19 anos e a mais velha, aos 30. Comumente, esta é a média etária de ingresso no curso de enfermagem nesta Escola.

Na época estudada, a sociedade ainda mantinha certos idealismos em relação à mulher. A enfermagem era uma das únicas profissões que tinha a presença feminina bem vista e aceita, pois ainda estava vinculada àquela imagem de sacrifício, de devoção ou caridade. Era bastante comum que as mulheres jovens e recém casadas se ocupassem de atividades no âmbito do lar, deixando muitas vezes as ocupações acadêmicas ou laborais para um segundo plano.

Quanto ao estado civil, o gráfico mostrou que 120 (98,3%) das alunas orientais eram solteiras e apenas uma aluna não respondeu a tal indagação. O fato de viver no internato da EEUSP, talvez pudesse ser um elemento importante neste item, considerando que as solteiras teriam mais disponibilidade de participar deste regime.

A maioria das famílias das colaboradoras vieram do Japão em busca de melhores condições de vida e atraídas por uma publicidade, muitas vezes, enganosa, tendo que trabalhar principalmente em lavouras de café no interior do país.

Vários pais daquelas alunas trabalhavam na lavoura (23 homens, 18,8%), ou tinham alguma ocupação ligada à atividade agrícola (como agricultor, avicultor, hortaliçeiro e engenheiro agrônomo).



A grande maioria dos patriarcas, aproximadamente 31% (38 homens) estava envolvida em atividades comerciais, trabalhavam como empregados ou tinham seu próprio negócio nas mais variadas áreas de consumo (mercados, mercearias, hortaliças e frutas, roupa, dentre outros).

Tal fato mostra a transição dos primeiros imigrantes orientais que trabalhavam na lavoura, como trabalhador assalariado, para a condição de pequenos proprietários autônomos, que adentrariam na nova classe média de profissionais liberais (Handa, 1987).

Apenas 1,6% (2) destes homens eram analfabetos, conforme ilustra a figura acima. Os que eram falecidos, não tiveram seu grau de instrução definido pelas filhas (aproximadamente 4%) e 9% (11) não responderam à indagação.

Os demais tinham alguma instrução, seja concluída no Brasil ou no Japão. Destes, a maioria tinha ensino secundário.

Em relação às mães, poucas eram as mulheres que tinham uma ocupação que exigisse um nível de instrução elevado. A maioria (104 mulheres, 85,2%) trabalhava cuidando da casa e dos filhos enquanto o marido trabalhava fora.

Comparando com o grau de instrução dos maridos, o dobro das mulheres era de analfabetas (4,3,2%). A maioria estudou até o primário (66 mulheres, 54%) e 4 (3,2%) não tiveram o grau de escolaridade declarado.

Segundo dados do IBGE do ano de 2000, 28,9% dos integrantes da raça amarela, onde se insere o Nikkei concluíram o ensino superior, contra os 10% dos brancos, 2,4% dos pardos, 2,2% dos

índios e 2,1% dos negros. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano baseado em quatro fatores: variação do PIB per capita, alfabetização de adultos, matrículas escolares e expectativa de vida) dos Nikkeis é o maior entre as etnias citadas anteriormente. Tais dados demonstram que o nível de escolaridade na população oriental estudada era relativamente alto, já que raros eram os casos de progenitores analfabetos, possivelmente devido à cultura oriental, que preconizava e incentivava o estudo.

Aproximadamente, 72% (88 meninas) moravam com os pais antes de ingressar na Escola ou viviam com parentes (7,3%, 9 meninas), principalmente tios e tias, ou em pensões (9%, 11 meninas), pois, provavelmente, seus genitores moravam fora de São Paulo e elas já tinham alguma intenção de se instalar na capital para estudar.

Em relação à manutenção dos estudos durante a graduação em enfermagem, o gráfico acima mostrou que mesmo com todas as facilidades que o regime de internato proporcionava às internas (tipo alimentação, lavanderia), era necessária uma fonte de renda para se manterem.

Considerando-se a natureza jurídica de instituição pública de ensino superior, a Universidade de São Paulo, e particularmente, na Escola de Enfermagem não havia a obrigatoriedade de pagamento de mensalidades pelos estudos. Percebe-se, outrossim, que a maioria das entrevistadas revelou dependência econômica em relação aos pais ou parentes próximos (como irmãos) ou outros (como bolsas de estudos).

A maioria contava com o auxílio dos pais (72 alunas, 59%); duas estudantes tinham bolsas de estudos doadas pela prefeitura de suas cidades de origem; 23 delas (18,8%) não responderam e 9 (7,3%) declararam não ter nenhuma fonte de renda que possa auxiliá-las neste período.

Nas primeiras fichas coletadas, encontrava-se a pergunta sobre o número de irmãos da candidata ao curso de enfermagem. Após uma reestruturação da ficha, tal questão foi retirada. Contudo, este dado tem relevância para o estudo, pois pode caracterizar o perfil das famílias das estudantes, podendo até funcionar como indício de situação socioeconômica, tipo controle de natalidade e planejamento familiar, grau de instrução etc.

Nestas famílias, as alunas que tinham irmãos apresentavam uma média de 4,3 (no mínimo 1, no máximo 8).

A partir de 1958, a EEUSP preconizava que as alunas ingressantes tivessem o nível secundário completo, o que já era uma exigência do Decreto nº 20.109, de 1931. Antes disso, bastava o curso primário. Contudo, nenhuma das alunas estudou somente até o primário; todas informaram que haviam concluído o secundário, porém 85,5% se formaram somente neste nível de ensino.

Muitas terminaram o secundário junto a outros cursos, como de secretaria executiva, contabilidade, costura, datilografia e língua japonesa. Três alunas referiram ter o ensino técnico, mas não especificaram em qual área.

Grande parte das alunas não tinha experiência de trabalho até o momento de ingresso no curso de enfermagem (110, 90%); 11 pessoas informaram, entretanto, que já tinham alguma experiência laboral (9%) e somente uma não respondeu a tal indagação.

Das 11 alunas que informaram que já possuíam experiência laboral, nove trabalharam nas mais diversas ocupações, ressaltando-se duas que foram auxiliares de escritório e três que trabalharam em cooperativas agrícolas.

Somente duas das ingressas afirmaram que já tinham trabalhado na área da saúde, nos seguintes locais: Hospital das Clínicas, Hospital Antônio Lenário e Hospital São José do Brás/Hospital e Maternidade São Luiz.

A última questão da ficha de inscrição perguntava sobre o que as motivou à escolha da enfermagem como profissão e pela EEUSP. Foram obtidas as mais variadas respostas: a maioria afirmou que optou pela enfermagem por ser a melhor escola na área (23,7%) e por vocação (21,3%). Há quem considera, também, a facilidade do internato como um fator importante na decisão de estudar na EEUSP. Aproximadamente, 19,6% não responderam.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

Os resultados dessa investigação contribuíram para o resgate da memória da história da EEUSP, identificando o perfil sócio-demográfico dessas mulheres na instituição. Os achados possibilitaram-nos, ainda, contextualizar fatos e aspectos culturais relevantes da cultura oriental, desvelando a interface desses aspectos com a escolha profissional e parte da história dessas mulheres.

Com isso, novas fontes documentais relativas à história da enfermagem têm sido produzidas e o estudo contribuiu para resgatar a história da EEUSP, a partir do olhar dessas ex-alunas, destacando-se o esforço dessa instituição para a formação de enfermeiras para atuarem em diferentes cenários da prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreira IA. (1997). Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Barros JD (2004). O campo da história: especialidades e abordagens. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

- Burke P. (1989). A. Escola dos Annales. 1929 - 1989. A revolução francesa historiografia, São Paulo: Universidade Estadual Paulista (UNESP).
- Caldeira JCF, Marcondes C, Paula SG. (1997). Viagem pela história do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras.
- Carvalho AC. (1980). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Resumo histórico - 1942-1980. São Paulo: EEUSP.
- Carvalho AC. (1992). Edith de Magalhães Frankel. São Paulo: EEUSP.
- Fausto B. (2000). História do Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Fontenelle JP. (1941). A enfermagem de saúde pública: sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Canton & Reile Gráf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Censo Demográfico - Características Gerais da População: Resultados da Amostra. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Ministério da Saúde -Brasil. (1974). Enfermagem: Legislação e Assuntos Correlatos. Rio de Janeiro (RJ).
- Oguisio T. (2005). Trajetória histórica e legal da Enfermagem. São Paulo: Manole.
- Paixão W. (1969). História da Enfermagem. Rio de Janeiro: Bruno Buccini.
- Sauthier J. (1999). A Missão Parsons: documentos históricos da EEAN / UFRJ - 1922 a 1931. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ.
- Sauthier J. (1996). A missão de enfermeiras norte-americanas na capital da Republica (1921 - 1931) - Rio de Janeiro: UFRJ, 1996. TESE (doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Siles J. (1999). Historia de la enfermería. Alicante (España): Agua Clara.

GRÁFICOS

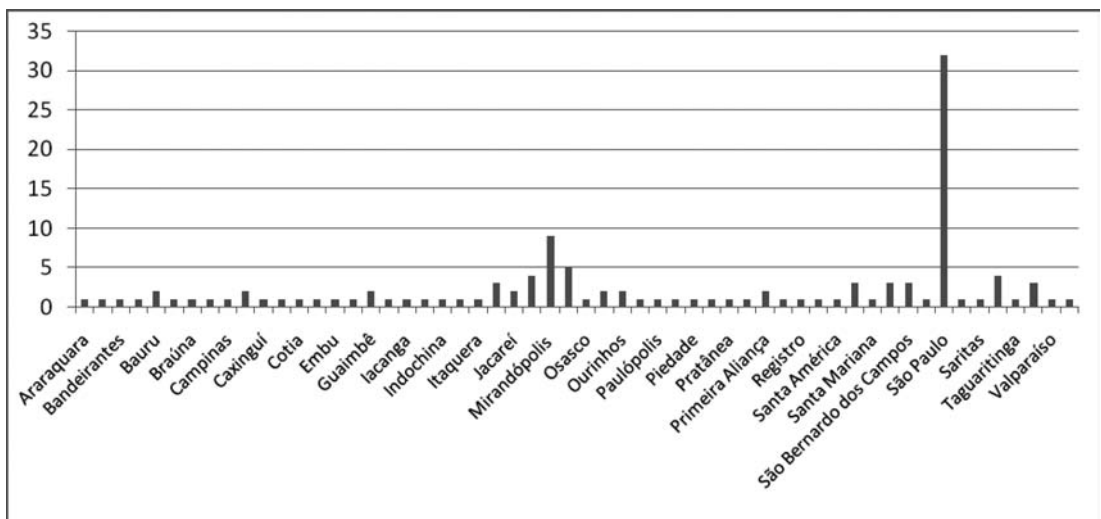


Figura 1: Cidade onde as alunas orientais nasceram, São Paulo, 2009.

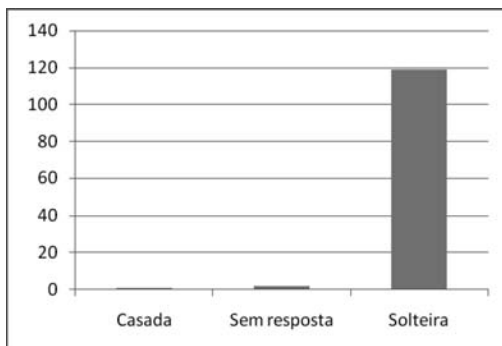


Figura 2 - Estado civil das alunas no ano de ingresso na EEUSP, São Paulo, 2009.

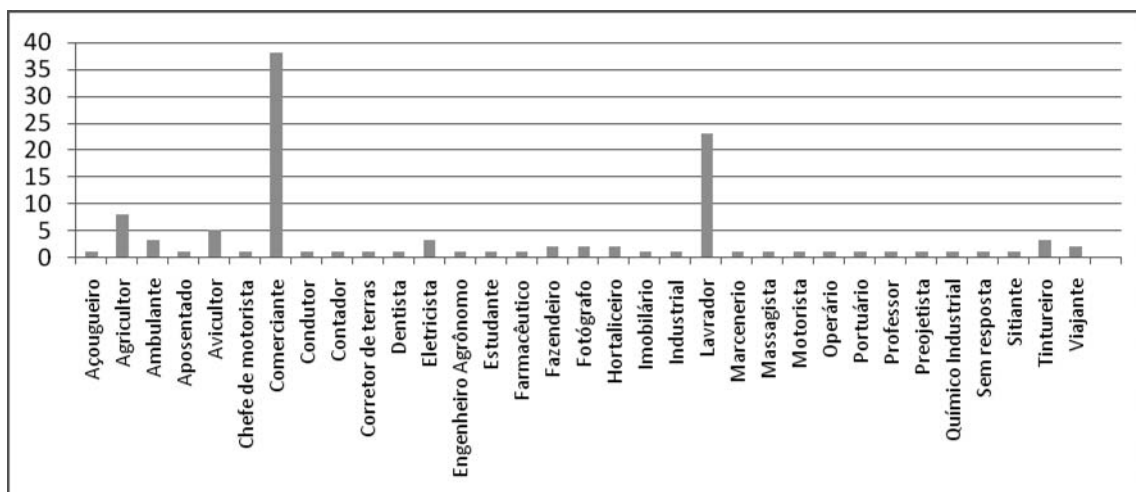


Figura 3 - Profissão dos pais das alunas, São Paulo, 2009.

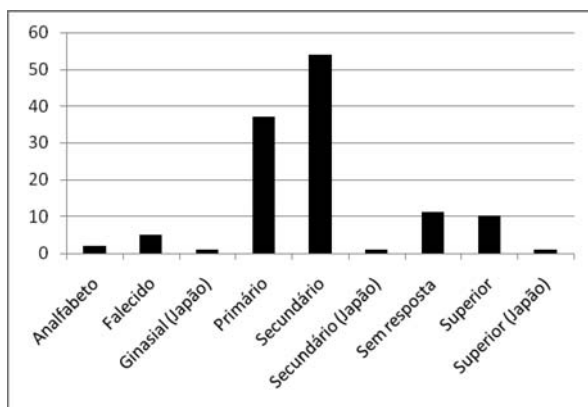


Figura 4 - Grau de escolaridade dos pais das alunas, São Paulo, 2009.

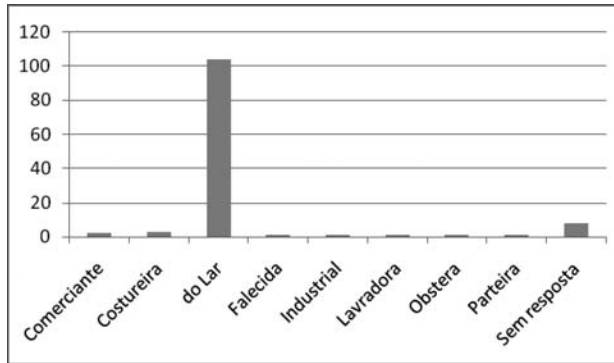


Figura 5- Profissão das mães das alunas, São Paulo, 2009.

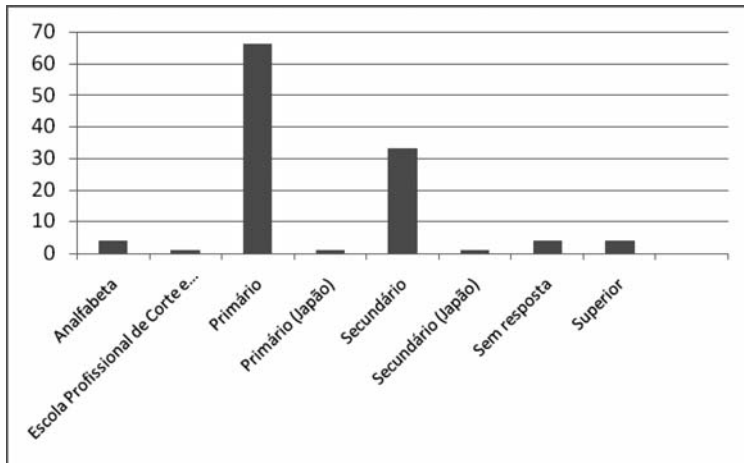


Figura 6 - Grau escolaridade das mães das alunas, São Paulo, 2009.

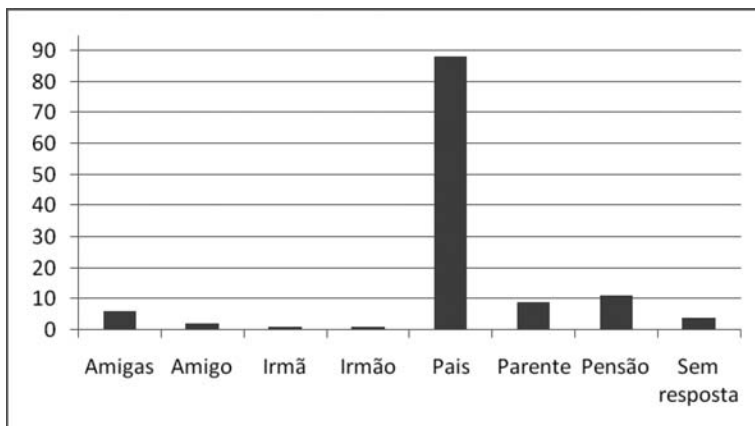


Figura 7 - Com quem as alunas moravam antes de ingressar na EEUSP, São Paulo, 2009.

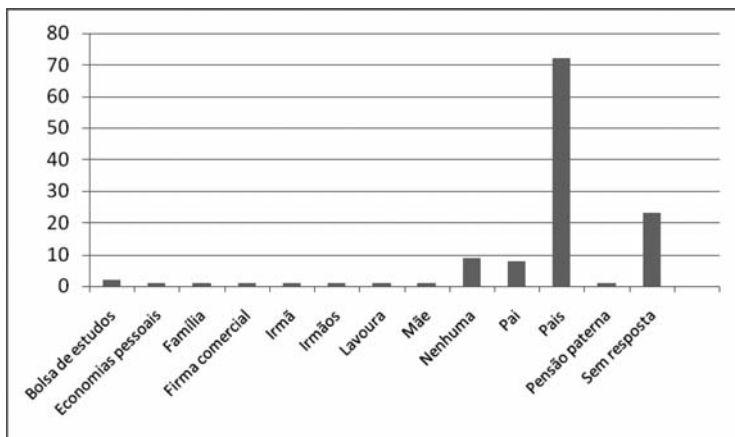


Figura 5- Profissão das mães das alunas, São Paulo, 2009.

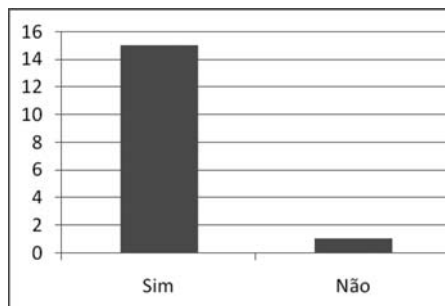


Figura 6 - Grau escolaridade das mães das alunas, São Paulo, 2009.

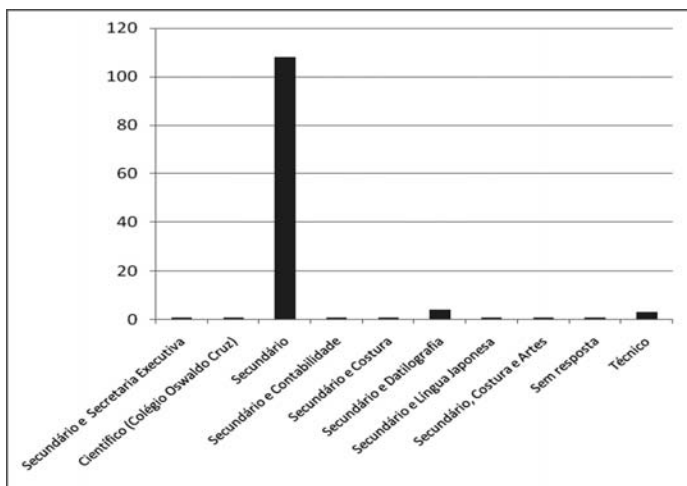


Figura 7 - Com quem as alunas moravam antes de ingressar na EEUSP, São Paulo, 2009.

ESCOLAS E CURSOS DE ENFERMAGEM NA HISTÓRIA DA PROFISSÃO NO BRASIL (1890-1922)

Fernando Porto¹, Wellington de Mendonça Amorim²

¹Pós-doutor pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

²Dr. em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.



NURSING SCHOOLS AND COURSES IN HISTORY THE PROFESSION IN BRAZIL (1890-1922)

SUMMARY

Central approach study, analysis and discussion about the initiatives and embodiments of nursing schools and courses, whose temporary delimitation and geographical 1890-1922 is the axis Rio de Janeiro and Sao Paulo (Brazil). The theoretical concept was that of professionalism, according to Norbert Elias. Methodologically, the written documents used were originally from the medical press and institutional reports, detailed on the knowledge production of articles, dissertations and theses. The results pointed to a total of seventeen initiatives and embodiments of schools and nursing courses before the introduction of modern nursing in Brazil, through the School of Nursing, Department of Public Health at the beginning of health reform, led by Carlos Chagas.

Key words: Nursing, Nursing History and Education

ESCUELAS DE ENFERMERÍA Y CURSOS EN LA HISTORIA DE LA PROFESIÓN EN BRASIL (1890-1922)

RESUMEN

Estudio de enfoque central, de análisis y discusión en las iniciativas y materializaciones de escuelas y cursos de enfermería, cuya delimitación temporal es 1890-1922 y geográfica, el eje Río de Janeiro y San Paulo (Brasil). La concepción teórica fue la de la profesionalización, según Norbert Elias. Metodológicamente, los documentos escritos utilizados fueron oriundos de la prensa médica e informes institucionales, circunstanciados por la producción del conocimiento de artículos, disertaciones y tesis. Los resultados apuntaron para un total de diecisiete iniciativas y materializaciones de escuelas y cursos de enfermería antes de la implantación de la enfermería moderna en Brasil, por medio de la Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública, a comienzos de la Reforma Sanitaria, liderada por Carlos Chagas.

Palabras-clave: Enfermería, Historia de la Enfermería y Enseñanza

RESUMO

Estudio de enfoque central de análise e discussão nas iniciativas e materializações de escolas e cursos de enfermagem, na delimitação temporal de 1890-1922 e geográfica no eixo Rio de Janeiro e São Paulo (Brasil). A concepção teórica foi a de profissionalização, segundo Norbert Elias. Metodologicamente, os documentos escritos utilizados foram oriundos da imprensa médica e relatórios institucionais, circunstanciados pela produção do conhecimento de artigos, dissertações e teses. Os resultados apontaram para o total de

dezessete iniciativas e materializações de escolas e cursos de enfermagem antes da implantação da enfermagem moderna no Brasil, por meio da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no início da Reforma Sanitária, liderada por Carlos Chagas.

Palavras-chave: Enfermagem, História da Enfermagem e Ensino.

Em 2010, a enfermagem brasileira comemorará 120 anos de profissionalização no Brasil. Essa trajetória, por mais que os pesquisadores se debrucem sobre a massa documental, muito, ainda, se tem a perscrutar. Neste sentido, os resultados das pesquisas apontam para a criação de escolas e cursos de enfermagem, alguns pouco estudados, partiram de iniciativas de profissionalização que o tempo se deu conta de apagar ou se reconfiguraram em virtude do contexto histórico do país.

Há muitos anos a história da enfermagem brasileira foi ensinada aos enfermeiros por meio das obras "Páginas da História da Enfermagem" (1951), a qual com o passar dos anos passou a ser intitulada "História da Enfermagem" (1968), e lida em livro institucional denominado "Séculos de Culturas" no capítulo "A Enfermagem no Rio" publicada pela Universidade do Brasil (1964), atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), de autoria da Enfermeira Waleska Paixão, à época, diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ.

O livro "História da Enfermagem" numa perspectiva tradicional da "grande história", remonta às fronteiras da pré-história, onde a Enfermagem era associada ao sentimento de preservação da espécie ou aos instintos maternos para cuidar dos filhos, sendo, possivelmente, o que instiga a novos produtos empreendidos pelos grupos de pesquisa de História da Enfermagem Brasileira, com produção de monografias, dissertações, teses, livros e artigos. Estes estudos caracterizam-se, de modo geral, pelo recorte em linhas temáticas e de objetos históricos, em vez da construção da "Grande História da Enfermagem", em uma perspectiva totalizante em grandes espaços temporais e geográficos comuns às abordagens tradicionais (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2006).

Para tanto, o que se apresentará no presente texto é com base na concepção de profissionalização, por meio dos elementos de associação profissional, instrução e conhecimento, e diploma, assim considerado por Nobert Elias (Silva, 1987), sendo, aliás, uma linha de pesquisa, no Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem (LAPHE), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Cabe ressaltar, porém, que a prática dos cuidados de enfermagem, no Brasil, foi realizada por escravos e religiosas, objeto de estudo, pelo menos, por duas teses de doutorado, a saber: "A mística do silêncio - a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX" de autoria da pesquisadora Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (1998) e "A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)" de Maria Angélica de Almeida Peres (2008) ambos desenvolvidos no âmbito do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), da Escola de Enfermagem Anna Nery, da UFRJ.

Mediante o exposto e a abrangência da temática sobre a História da Enfermagem no Brasil, é mister a delimitação temporal inicialmente enunciada nos estudos históricos brasileiros no ano de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO, por meio do Decreto 791, quando era anexada ao Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro, como a primeira instituição de ensino na enfermagem. O marco final, em 1922, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, também reconhecida, por meio do modelo norte-americano, com a instituição de ensino que implantou a enfermagem moderna, atual Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ademais, a delimitação espacial se dá no Rio de Janeiro, como capital do Brasil à época, e a cidade de São Paulo, por ter atraído na virada do século XIX para o XX capitalistas e fazendeiros no



sentido do crescimento econômico do país no período republicano.

REPÚBLICA E ENFERMAGEM

O Brasil passa do Regime Monárquico para o Regime Republicano, em 1889. Nessa transição a historiadora e antropóloga, Angela Marques da Costa e Lília Mortiz Schwarcz (2000), supõe que a República representou a modernidade que se instalava no país, tirando o país da letargia ou barbárie da escravidão - período monárquico -, sendo entendida como uma batalha simbólica, quando nomes, hinos, bandeiras, heróis e modelos foram substituídos ou alterados com o intuito de marcar a diferença entre os dois regimes.

Nesse contexto, ocorreu a laicização da enfermagem no Brasil, quando as Irmãs da Caridade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro saem do Hospício Nacional de Alienados e, em síntese, pelo contexto histórico e necessidade de recursos humanos institucional, dão assistência aos alienados da instituição, quando se deu a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras.

Os estudos de Almerinda Moreira e Tiago Braga do Espírito Santo (2010, 2007) evidenciaram que o ensino da enfermagem, naquela instituição, se deu sob a influência do modelo francês de Bourniville, lembrando que a França, com Felipe Phinel, modernizava a assistência psiquiátrica.

Entre os anos de 1890 a 1922, iniciativas e materializações de escolas e cursos de enfermeiras no Rio de Janeiro e São Paulo ocorreram no con-

texto sócio histórico e sanitário, em síntese, abarcaram a Febre Amarela (1903), I Guerra Mundial (1914-1918), Gripe Espanhola (1918-1919) e o início da Reforma Sanitária (1920), liderada por Carlos Chagas como circunstâncias para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil.

A historiadora Maria Lúcia Mott, no estudo intitulado “Reverendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920)” (1999), relata que, em 1894, o Curso de Enfermeiras do Hospital Samaritano, em São Paulo, foi criado com a presença de Enfermeiras Inglesas, tendo apenas aprendizes do sexo feminino, quando formou profissionais à época. Dois anos depois (1896), no Hospital de Isolamento outra iniciativa, por meio do Decreto n. 412, previa o funcionamento de Curso para Enfermeiras e em meados dos anos de 1906 foi proposto pela Congregação de Farmácia, pelo dr. Valeriano de Souza, a criação de uma Escola de Enfermeiros, porém, ambas não saíram do papel. Ainda, em 1906, a Santa Casa de Misericórdia identificou a necessidade da criação de uma Escola de Enfermeiras, que funcionou de 1912 até 1917. Outro Curso de Enfermeiras, criado em São Paulo, foi o da Maternidade de São Paulo, em 1908, voltado para os cuidados obstétricos, tendo funcionado até 1913, de acordo com os relatórios da diretoria institucional (Mott, 1999).

Em 1908, foi criada a Cruz Vermelha Brasileira no Rio de Janeiro e, em 1912 em São Paulo, a Médica Maria Rennotte criou o Curso de Enfermeiras da Cruz Vermelha. No Rio de Janeiro, em 1912, tem-se o Curso de Damas da Cruz Vermelha Brasileira; em 1914, o Curso de Enfermeiras Voluntárias e, em 1916, o Curso de Enfermeiras Profissionais e a criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira tendo como Diretor o Médico Getúlio dos Santos (Histórico da Cruz Vermelha Brasileira, 1923; Mott, 1999 e Porto e Santos, 2008).

No ano de 1917, a Policlínica de Botafogo, no Rio de Janeiro, criou o Curso de Enfermeiras, o qual, até 1920, formou duas turmas de enfermeiros, segundo o estudo da historiadora Maria Lúcia Mott. Ademais, no discurso de inauguração deste curso o Dr. Ernani Lopes - Diretor do Hospício Nacional de Alienados - citou a materialização da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras

e da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira e destacou que, caberia naquele momento registrar que:

“no Rio varias instituições hospitalares que instruem e formam os seus enfermeiros. Taes são: a Maternidade das Laranjeiras, O Posto Central da Assistência, o Hospital de Marinha (Dr Porto-Carrero) e, particularmente, a Santa Casa de Misericórdia.” (Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, 1919, 49).

O Curso de Enfermeiras da Assistência Particular de Nossa Senhora da Glória, foi veiculado na imprensa médica, em 1920, com citação em seu Estatuto do artigo terceiro, sobre a criação de uma Escola de Enfermeiras “Anexo aos serviços hospitalares criará um curso de enfermeiras, ampliando e criando tantos estabelecimentos e departamentos quantos lhe permitam os recursos.” Ainda, segundo o mesmo registro, a justificativa de sua criação era “(...) falta dessas profissionais, competentes, constitue inegavelmente a maior dificuldade com que lutam os diretores dos nossos hospitais e casas de saúde.” (Revista Brazil-Medico, 1920, 26).

Em 1920, alguns dias após a posse do novo Prefeito do Rio de Janeiro, o Sr Carlos César Oliveira Sampaio, se vê na imprensa médica a divulgação do Curso de Enfermeiros do Posto Central de Assistência, o qual foi organizado através de uma comissão nomeada pelo Diretor de Higiene Dr Luiz Pedro Barbosa - Diretor-geral do Departamento Municipal de Assistência Pública (1920) e Diretor da Policlínica de Botafogo desde 1901.

O curso era composto pelos médicos: Gastão Guimarães, Girondino Esteves e Marques Canário, que estabeleceram as disposições gerais de cinco artigos sob os títulos de “Do Curso” “Da matrícula”, “Da frequência”, “Do pessoal” e “Provas”, cada qual com os seus respectivos artigos e ao final a apresentação das matérias a serem abordadas no curso, como: Noções de Anatomia e Fisiologia, Noções de Higiene, Cuidados médicos de higiene, Cuidados cirúrgicos aos doentes e cuidados aos feridos, que destacamos aqui o primeiro artigo:

“Do Curso - 10 O curso de enfermeiros anexo ao Posto Central de Assistência tem por fim o ensino permanente dos enfermeiros de ambos os sexos que trabalham nas repartições subordinadas à Diretoria de Assistência Municipal.” (Revista Brazil-Medico, 1920, 560)

Dias depois, outra iniciativa de profissionalização é anunciada pela imprensa médica, a Escola de Enfermeiras Municipais:

“Estava marcada para quarta-feira última, 29 de setembro a inauguração da Escola de Enfermeiras, organizada pela Diretoria de Assistência. O corpo docente ficou constituído pelos Srs Drs Lafayette de Souza, Diretor do curso, Pedro Paulo de Carvalho, cadeira de higiene e cuidados de assistência aos doentes; Marques Canario, clinica médica; e J. Belesa anatomia e fisiologia.” (Revista Brazil-Medico, 1920, 661)

Mesmo diante das iniciativas de profissionalização da enfermagem, a imprensa médica divulgava que:

“(...) não nos capacitamos no Brazil de que o mister de enfermeiros exige uma certa cultura de espirito, indispensável para aquisição do preparo profissional. O enfermeiro precisa ser um auxiliar do medico, capaz de comprehender-lhe as prescripções e executa-las conscientemente e com plena responsabilidade. Entre nós, sobretudo nos grandes hospitaes, além de desprovidos de preparo propriamente profissional, são os enfermeiros individuos bisonhos, incultos, na maioria dos casos quasi analphabetos.” (Revista Brazil-Medico, 1920, 312).

A partir de 1920, muitos são os estudos sobre a Reforma Sanitária e a implantação da enfermagem moderna, por meio da criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, mas as iniciativas e materializações às vezes careceram de serem consideradas.

A assertiva se pauta nas palavras da responsável pela implantação da enfermagem moderna no Brasil, a Enfermeira Norte-americana Ethel Parsons ao ter afirmado em seu relatório que “Não

havendo, no Brasil, escolas de enfermagem com o preparo adequado para esse trabalho ...” veiculado em fac-simile pela Revista de Enfermagem Escola Anna Nery (1997).

Por outro lado, pode-se entender a assertiva de Parsons no sentido que, ela teria se referido, provavelmente, a abordagem do atendimento da enfermagem direcionada à saúde pública, na visão do modelo norte-americano, que à época desejava se realinhar aos moldes propostos no Relatório Goldmark, conforme destacou o estudo intitulado “A Enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: a influência do Relatório Goldmark (1923 a 1927)” de autoria de Mary Ann Menezes Freire e Wellington Mendonça de Amorim.

Destarte, ela não estaria equivocada, apesar de em seu relatório omitir a ausência das iniciativas e materializações existentes, exemplo disso, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras e da Escola Prática da Cruz Vermelha Brasileira. Mas isto para se entender é necessário se aprofundar mais na história da enfermagem brasileira.

O contexto sócio-histórico e sanitário nas décadas de 1900, 1910 e início de 1920 exigiu medidas que impulsionaram muitas iniciativas e materializações de escolas e cursos de enfermagem, que hoje, reconfiguradas, pode-se citar que a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto tenha vencido períodos difíceis, mas a persistência no ensino em prol da enfermagem tenha-se chegado até onde chegamos.

Mediante ao exposto, em 2010, o Brasil completará 120 anos de profissionalização de enfermagem, por meio da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, isto significa comemorar a luta da enfermagem brasileira como profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente no Brasil tem-se, aproximadamente, 550 Cursos de Enfermagem inseridos nas Universidades como indicador do resultado da trajetória da profissionalização da enfermagem no país.

Neste sentido, as entidades de classes tiveram a sua importância no processo de profissionalização da enfermagem. A primeira é denominada Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), criada em 1926; anos mais tarde a criação do siste-

ma Conselho Regional de Enfermagem (COREn) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), em 1973, para a fiscalização do exercício profissional; depois, o Sindicato de Enfermeiros por unidade da federação, criados a partir da década de 1970, repercutindo na criação da Federação Nacional dos Enfermeiros e a pulverização das Associações de Especialistas.

Por outro lado, remontar a história da enfermagem, pelos eixos temáticos apresentados no I Simpósio Ibero-americano da História em Enfermagem, realizado em São Paulo em 2007, como a História das Instituições, entende-se como uma das maneiras de manutenção para se produzir conhecimento, mas, também, que seja o momento da enfermagem brasileira avançar nos eixos de História de Vida e Antropologia dos Cuidados, por meio dos Programas de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado), instituídos, inicialmente no eixo Rio-São Paulo, nas décadas de 1970 e 1980, que conta com 35 Programas stricto sensu distribuídos pelo Brasil, reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e de aproximadamente 373 Grupos de Pesquisa, totalizando, em torno de 32 com o descritor “História da Enfermagem” inscritos no CNPq.

Estes dados podem contribuir para se averiguar o desenvolvimento da enfermagem no país, inclusive, como foi possível de observar, com a presença, minoritária, mas presente do gênero masculino na profissão.

REFERÊNCIAS

- Brazil-Medico. (10/01/1920). Assistência Particular Nossa Senhora da Glória. Revista Brazil-Medico. Rio de Janeiro (Brasil). XXIV (2): 26.
- Brazil-Medico. (15/05/1920) Escola para Enfermeiros. Revista Brazil-Medico. Rio de Janeiro (Brasil). XXIV (20): 312.
- Brazil-Medico. (21/08/1920) .Diretoria de Higiene e Assistência Pública. Revista Brazil-Medico. Rio de Janeiro (Brasil) XXIV (34): 560.
- Brazil-Medico. (02/10/1920). Escola de Enfermeiras Municipais. Revista Brazil-Medico. Rio de Janeiro (Brasil) XXIV(40): 661.
- Brazil-Medico. (02/10/1920) Escola de Enfermeiras Municipais - Notas e Informações. Revista Brazil-Medico. Rio de Janeiro XXIV (40): 661.
- Costa, AM e Schwarcz, LM (2000). Virando o século - 1890-1914 no tempo das certezas. São Paulo (Brasil). Companhia das Letras.

- Cruz Vermelha Brasileira. (1923). Histórico da Cruz Vermelha Brasileira (1908-1923). Rio de Janeiro (Brasil): Órgão Central. Cruz Vermelha.
- Espírito Santo, TB. (2007). Enfermeiras francesas na capital do Brasil (1890-1895) [dissertação de mestrado]. São Paulo (Brasil). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo.
- FREIRE, MAM e Amorim, WMA. (2008). Enfermagem de Saúde Pública no Distrito Federal: A Influência do Relatório Goldmark (1923 a 1927). Rio de Janeiro (Brasil). Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 12 (1):115-124.
- Mott, ML. (1999). Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). Cadernos Pagu. São Paulo (Brasil).13: 327-355.
- Moreira, A. (2010). A origem da enfermagem brasileira. História da Enfermagem - versões e interpretações. 3a Edição. Rio de Janeiro (Brasil). Revinter:81-141.
- Parsons, E (1997). A enfermagem moderna no Brasil (fac-símiles). Revista de Enfermagem Escola Anna Nery. Rio de Janeiro (Brasil) 1: 9-24.
- Padilha, MICS. (1998). A Mística do Silêncio - a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas (Brasil). Ed. Universitária/UPel.
- Peres, MAA. (2008). A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)[tese de doutorado. Rio de Janeiro (Brasil). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Porto, F e Santos, TCF. (2008). A Enfermeira brasileira na mira do cliq fotográfico (1919-1925). In; História da Enfermagem - lutas, ritos e emblemas. Porto, F. Amorim. W. (organizadores). Rio de Janeiro (Brasil): Águia Dourada: 25-188.
- Policlínica de Botafogo. (1919). Histórico do Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo. Imprensa Oficial. Rio de Janeiro (Brasil).
- Silva, B. (1987). Dicionário de Ciências Sociais. Verbetes de profissões autoria Nobert Elias. Fundação Getulio Vargas. Instituto de Documentação. Coordenação Geral. Rio de Janeiro (Brasil): 993-994.
- Silva Júnior, OC e Alves, APC. (2006). Páginas de História da Enfermagem: o jubileu de ouro de uma obra (1951-2001). Esc. Anna Nery 10 (2). Rio de Janeiro (Brasil). Disponível em: http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200003&lng=pt&nrm=iso. Capturado em 17 de janeiro de 2009.



FLORENCE NIGHTINGALE: O IMPACTO DE SUAS CONTRIBUIÇÕES NO MUNDO CONTEMPORÂNEO DA ENFERMAGEM

Anelise Miritz Borges¹, Cristiele Berthold², Katuscia Milano Rosales de Rodrigues³, Sonia Maria Könzgen Meincke⁴, Marilu Correa Soares⁵, Roxana Isabel Cardozo Gonzáles⁶

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

²Aluna Especial do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

³Mestranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

⁴Doutora. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

⁵Doutora. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

⁶Doutora. Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).



FLORENCE NIGHTINGALE: THE IMPACT OF HER CONTRIBUTIONS IN THE CONTEMPORARY WORLD OF NURSING

SUMMARY

The role of caring is part of human existence and is related to the woman's image that has sought, through this practice, a form of survival that has evolved into broader areas such as

promotion and health maintenance.

Objective: To reflect on the contributions of Florence Nightingale for the care exercise in the current days.

Methodology: It is a reflective study with historical perspective, structured by themes, whose sources of data collection were journal articles, books, and critical works approached in the Nursing Academic Master.

Results: Florence Nightingale became the character that retracts the nursing profession through their worldview, becoming a benchmark of life and professional practice in this area of health.

Conclusions: We found that her theoretical vision contributed to the demystification of disparities related to gender, favoring the exercise of the intellectual capacity of women in society. She has received this merit through her scientific knowledge, giving an organized profile to the class. Her care was recommended to the human being and directly associated to his environment, expressions

of a holistic work, pre-announcing the definition that includes the individual totality in the field of nursing.

Key words: nursing; history; health promotion.

FLORENCE NIGHTINGALE: EL IMPACTO DE SUS CONTRIBUCIONES EN EL MUNDO CONTEMPORÁNEO DE LA ENFERMERÍA

RESUMEN

El papel de la atención es parte de la existencia humana y se relaciona con la imagen de la mujer, que buscó, a través de esta práctica, una forma de supervivencia que se ha desarrollado en ámbitos más amplios, como la promoción y el mantenimiento de la salud.

Objetivo: Reflexionar sobre las contribuciones de Florence Nightingale para el ejercicio del cuidado en la actualidad.

Metodología: Se trata de un estudio reflexivo con perspectiva histórica, estructurada por temas, cuyas fuentes de recolección de datos fueron artículos de periódicos publicados, libros y obras de crítica presentados en la Maestría Académica en Enfermería.

Resultados: Florence Nightingale se convirtió en el personaje que representa a la profesión de enfermería a través de su visión del mundo, convirtiéndose en un punto de referencia de la vida y la práctica profesional en esta área de la salud.

Conclusiones: Se encontró que su visión teórica contribuyó para la desmitificación de las disparidades relacionadas con el género, favoreciendo el ejercicio de la capacidad intelectual de las mujeres en la sociedad. Ella ha recibido esta distinción a través de sus conocimientos científicos, dando un carácter organizado a la clase de la Enfermería. Su atención se recomendó a los seres humanos directamente vinculados a su entorno, las expresiones de una obra integral, pre-anunciando una definición que incluye la totalidad de los individuos en el ámbito de la enfermería.

Palabras claves: enfermería; historia; promoción de la salud.

RESUMO

O papel de cuidar faz parte da existência humana e está relacionado à imagem da mulher, que buscava, através dessa práxis, uma forma de sobrevivência que evoluiu para âmbitos mais abrangentes, como a promoção e manutenção da saúde.

Objetivo: Refletir sobre as contribuições de Florence Nightingale para o exercício do cuidado na atualidade.

Metodologia: É um estudo reflexivo com perspectiva histórica, estruturado por temáticas, cujas fontes de obtenção dos dados foram artigos de periódicos publicados, livros, e trabalhos críticos abordados no Mestrado Acadêmico de Enfermagem.

Resultados: Florence Nightingale passou a ser a personagem que retrata a profissão de enfermagem através da sua visão de mundo, tornando-se um referencial de vida e de prática profissional para esta área da saúde.

Conclusões: Constatou-se que a sua visão teórica contribuiu para a desmistificação de disparidades relacionadas ao gênero, favorecendo o exercício da capacidade intelectual da mulher na sociedade. Ela recebeu esse mérito por meio de seu conhecimento científico, conferindo um caráter organizado à categoria. Seu cuidado era preconizado ao ser humano e associado diretamente ao seu meio ambiente, expressões de um trabalho holístico, pré-anunciando a definição que contempla a totalidade do indivíduo no campo da enfermagem.

Descritores: enfermagem; história; promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A evolução histórica da enfermagem de acordo com Terra et al. (2006), evidencia um percurso de grandes conquistas para a classe. Trata-se de questões associadas, durante o surgimento das pri-

meiras civilizações no mundo, às causas sobrenaturais e à crença de que as pessoas que possuíam o poder de curar enfermidades eram responsáveis pelo cuidado em saúde. Nesse processo, a religião passou a ser alvo provedor do bem-estar das populações da época, fortalecendo concepções de que a doença era causada por pecados e desprazeres aos deuses. Muitas ações contribuíram, lentamente, para a constituição da profissão de enfermagem, formalizada no período da era cristã, com a presença das mulheres diaconisas.

O amor, o carinho e a preocupação com o bem-estar do outro passaram a conduzir um trabalho em saúde mais organizado, aproximando as ações da enfermagem, em meados do século XIX, à liderança e à definição de objetivos em sua prática, fato que oportunizou a ascensão das mulheres na sociedade, dado o exercício do seu trabalho honrado e de impacto social (TERRA et al., 2006). Nessa perspectiva, no século XX, sob forte influência de Florence Nightingale, a enfermagem passou a refletir sobre a sua atuação, idealizando princípios técnicos e educacionais à categoria, que constituíram a enfermagem moderna (OLIVEIRA, PAULA e FREITAS, 2007). Assim, Florence construiu seu legado científico a partir do contato que manteve com os mendigos, andarilhos e aqueles enfermos oriundos das guerras pertinentes à época. Os cuidados de enfermagem passaram então, aos poucos, a valorizar o indivíduo e o adequado ambiente para a prestação dos cuidados em saúde, integrando as práticas de cunho experiencial, lógico e moral, à edificação da profissão de enfermagem (LEOPARDI, 2006).

Assim, transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas na sociedade brasileira tornaram-se fatores determinantes para a importação de tecnologias na construção e organização de espaços assistenciais, como os hospitais, considerando para tal, a abordagem dos problemas de saúde, adequando-os gradativamente à sustentação dos novos programas governamentais de saúde, notadamente na saúde pública (BARREIRA, 2005).

Convém destacar que o cuidado enquanto ação social é arte, no momento em que se utiliza os conhecimentos de forma coerente e em prol da qualidade de vida de um indivíduo. Posto isso, torna-se necessário compreender que a palavra “enfermei-

ro”, no latim, está intimamente conectada ao legado repassado por Florence, pois significa nutrix, ou seja, aquele que nutre, encoraja e protege os que necessitam de atenção para com a sua saúde (TERRA et al., 2006).

A partir dessa constatação, afirma-se que Florence é a precursora da enfermagem, pois elevou o status dessa carreira, qualificando a assistência através de seus ensinamentos históricos e universais. Eles se baseavam no cuidado do outro e na potencialização das forças subjetivas de cada pessoa, tornando-a uma teórica e uma referência científica atual para a ação integral do trabalho em saúde. Contudo, além de Florence, destacam-se as iniciativas da enfermeira Anna Nery, que participou ativamente da Guerra do Paraguai, no século XIX e em 1923, edificou a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, no Brasil. Assim como o trabalho de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, direcionado ao emprego da sistematização das ações de enfermagem permeado pelo método científico, colaborando para o aperfeiçoamento da classe (KLETEMBERG et al., 2010).

Por conseguinte, objetiva-se, a partir deste estudo, refletir sobre as contribuições de Florence Nightingale para o exercício do cuidado na atualidade.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo reflexivo com perspectiva histórica cuja ideia surgiu mediante as aulas instigantes propostas pela Disciplina de Práticas de Atenção, Ensino e Pesquisa em Enfermagem e Saúde desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPeL/RS.

A construção do artigo foi realizada a partir de pesquisa bibliográfica Gil (2007) em periódicos publicados nas fontes de dados da Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed (Publicações Médicas) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de 2002 a 2010 através dos descritores “Florence”, “Nightingale” e “Enfermagem”. Os critérios de seleção foram conter os descritores, estar escrito em língua portuguesa, espanhola ou inglesa e ter resumo disponível. A seleção dos artigos foi realizada a partir da leitura prévia dos resu-

mos, selecionando aqueles trabalhos que correspondiam ao tema, os quais constam nas referências do presente estudo. Também foram utilizados alguns livros direcionados a proposta do estudo e artigos trabalhados no decorrer da disciplina.

Posteriormente, foi conduzida a análise de conteúdo delineada por Minayo (2007), seguida da ordenação e classificação dos dados em três temáticas incorporadas no decorrer do texto, as quais foram: A construção histórica da enfermagem, Florence Nightingale: determinação em prol da enfermagem e A contemporaneidade do cuidado e o legado de Florence Nightingale.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

Os primeiros achados que fazem referência à enfermagem foram encontrados na Bíblia, no Antigo Testamento, instituindo o cuidado como uma prática significativa da enfermagem, a qual busca promover a saúde, o conforto e a prevenção de doenças à população, desde os primórdios de sua existência (NAUDERER e LIMA, 2005).

Nesse processo histórico, o cuidar passou a ser desenvolvido como forma de sobrevivência, a fim de manter a alimentação, a reprodução e a defesa da espécie humana, ações estas vinculadas à imagem da mulher, envolvida nos laços da maternidade, no cuidar dos recém-nascidos, dos idosos e dos enfermos, de modo a garantir a manutenção da vida (ZEFERINO et al., 2008).

Com o surgimento do Cristianismo, a enfermagem foi fortemente influenciada pela supremacia religiosa. O cuidar continuava como uma das funções femininas, sendo, nesse período, realizado pelas mulheres consagradas ou irmãs de caridade, que eram mulheres solteiras (diaconisas), as virgens e as viúvas, que prestavam cuidados sem remuneração, em nível espiritual e protegiam a integridade corporal, por meio de castidade e pureza (ALVES et al., 2005; ZEFERINO et al., 2008). Neste enfoque, o cuidado passou então a evoluir no plano assistencial, detendo-se aos corpos sofredores e atingidos por enfermidades, dissociando assim, o corpo do espírito (ZEFERINO et al., 2008; KLETEMBERG et al., 2010).

Contudo, a falta de controle das doenças e as condições de moradia em conglomerados incenti-

varam a Igreja Católica a criar e expandir as instituições de caridade onde era dispensado o cuidado aos doentes (ALVES et al., 2005). Esses estabelecimentos são considerados os primeiros registros do que, na contemporaneidade, viria a ser o hospital. Essas instituições não tinham como finalidade a cura, eram apenas de assistência aos pobres e, de certa forma, serviam como local de separação e exclusão, uma vez que o enfermo era um potencial disseminador de doenças e, como tal, precisava ser isolado (MUSSI, 2005).

O período do Renascimento provocou uma revolta contra a preeminência da Igreja Católica, quando foram dissolvidas ordens religiosas e o trabalho das mulheres consagradas e irmãs de caridade. O advento do Capitalismo e da Revolução Industrial demarcou o início de uma fase de decadência à enfermagem que perdurou do final do século XVII até a metade do século XIX. Sobrevém uma mudança no papel das mulheres na sociedade, onde uma parcela vai trabalhar na indústria e outra se resigna aos seus lares e à obediência aos seus maridos. O cuidado aos doentes, nos hospitais, é então deixado a cargo de mulheres imorais, analfabetas, prostitutas, já que estas não serviam para a indústria, o que se tornara um momento difícil para a ascensão da enfermagem, conhecido como "Anos Negros da Enfermagem" trazido por Nauderer e Lima (2005, p.75), pois a classe continuava a prestar serviços aos pobres, aos doentes, sendo considerado um ofício servil, pouco desejável, em virtude da excessiva carga horária, da baixa remuneração e do estressante trabalho.

As descobertas no campo da física e química, no final do século XIX, vieram apurar os conhecimentos na medicina, auxiliando no diagnóstico e tratamento de doenças (BACKES, 2000). A prática da enfermagem começa então a distanciar-se dos valores morais e religiosos herdados do passado e adota o modelo biomédico, valorizando o tecnicismo (TERRA et al., 2006).

O cuidado, que era prestado como forma de promoção e conservação da vida, fica em segundo plano, e as práticas de enfermagem sintetizam a alocação de técnicas que almejavam apenas o tratamento da doença e a cura. Em contrapartida, a enfermagem começa a distanciar-se de sua origem, e o cuidado passa paulatinamente a restringir-se, havendo um desaparecimento da vinculação entre



o ser humano e o universo, o ambiente e o grupo social (TERRA et al., 2006). A progressão do capitalismo necessitava do corpo como força de trabalho, o novo hospital surge como uma instituição disciplinadora desse ambiente desordenado, como resposta às demandas de uma nova ordem social (MUSSI, 2005). Atrelado a este processo, surge na Modernidade, com a decadência da hegemonia positivista como concepção científica, o avanço do conhecimento na área da saúde, com conceitos importantes vinculados a ação da enfermagem, como, doença, saúde, ser humano e a própria enfermagem, delineados também por Florence Nightingale em sua caminhada, os quais são utilizados nos dias atuais (KLETEMBERG et al., 2010).

FLORENCE NIGHTINGALE: DETERMINAÇÃO EM PROL DA ENFERMAGEM

A enfermagem, ao longo dos tempos, foi sofrendo influências significativas na sua constituição. Uma das personagens que se destacou e permaneceu atuante nesse processo foi Florence Nightingale, mulher determinada, que nasceu na Itália, em Florença, no dia 12 de maio de 1820, tornando-se precursora da enfermagem atual, pois se preocupava com o bem-estar dos indivíduos, especialmente aqueles mais desprovidos de atenção à saúde. Sua capacidade perspicaz se destacava, na época, dada a influência intelectual de sua família, que a estimulava ao pensamento crítico e à educação, como requisitos para a ascensão social (LEOPARDI, 2006).

Florence colaborou para a consolidação de transformações sociais, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, com sua presença em campanhas de promoção à saúde e em conflitos, como a guerra da Criméia em 1854, ações estas que ressaltaram o valor ambientalista de sua teoria, incorporando atitudes sanitárias, administrativas e epidemiológicas, que evidenciaram seu caráter moderno de operacionalizar as práticas da profissão de enfermagem (LEOPARDI, 2006). Dentre seus objetivos, Florence estava determinada a potencializar as forças restauradoras que existiam no ambiente onde o paciente estava inserido. A manutenção da saúde estava associada ao equilíbrio entre o ser humano e o ambiente que o cercava, tornando o enfermeiro um sujeito que colaborava para promover a relação harmoniosa entre o ser e o estar na sociedade (MACEDO et al., 2008).

Na época, Florence já se preocupava com as dimensões físicas, psicológicas e sociais do ser humano, conferindo uma atenção humanitária e holística, tão emergente nos dias atuais, assim como atentava para o autocuidado, que era incentivado pelas enfermeiras, sob um enfoque educativo no processo de cuidar de si (LEOPARDI, 2006; MACEDO et al., 2008).

Convém destacar que, sob influência do caráter ambientalista, Florence detinha-se aos elementos físicos, como forma de obtenção de cura para doenças e restauração das forças e energias do paciente; dentre estes, a ventilação, a iluminação, a limpeza do ambiente, o controle de calor, do odor, dos ruídos e a alimentação eram especialmente analisados, conferindo perspectivas preventivas e curativas no cuidar em saúde (MACEDO et al., 2008).

Nesse plano de ideias, expõe-se ainda o caminho imperativo de Florence, no que tange à história intelectual da enfermagem. Em meados de 1859, ela escreveu o seu primeiro livro, denominado *Notas Sobre Enfermagem*, seguido de várias outras publicações, que expuseram suas percepções acerca da saúde/doença e o ambiente. Em 1860, Florence auxiliou na construção da Escola de Enfermagem Nightingale, no Hospital Saint Thomas, na Inglaterra, o que passou a valorizar a categoria como profissão e concorreu para reconhecê-la mundialmente (LEOPARDI, 2006).

Desse modo, a constituição da enfermagem foi sendo aprimorada, edificando saberes com essência no cuidado, como práxis em saúde; distinguindo, a cada dia, o trabalho da enfermeira das demais profissões existentes. E esta evolução social da enfermagem direcionou a organização das ações centradas na atenção ao indivíduo, na sua relação com o meio, bem como na adesão de instrumentos que conferem maior responsabilidade e autonomia à profissão (TAYLOR, LILLIS e LEMONE, 2007).

A CONTEMPORANEIDADE DO CUIDADO E O LEGADO DE FLORENCE NIGHTINGALE

O cuidado visa à construção e à conservação da identidade humana. Ele não se resume simplesmente a uma manifestação, mas é um conjunto harmônico e interdependente, é uma expressão significativa da essência humana, que contempla a pessoa em sua unidade e totalidade bio/psico/sócio/espiritual. Por essa razão, as pessoas, desde seu nascimento, necessitam do cuidado para crescer, desenvolver-se, viver e morrer dignamente. Dessa forma, a enfermagem sempre se destacou, e fundamentou os seus princípios, assim como as suas crenças e valores, de forma empírica, porém a evolução da ciência fez com que o enfermeiro refletisse acerca disso e questionasse sua prática, desenvolvendo um corpo de conhecimentos específico, passando a guiar suas ações cuidativas nos processos de formação dos profissionais, na pesquisa e no exercício da profissão (SOUZA, 2001). Florence Nightingale, em sua época, já valorizava o conhecimento científico, bem como conceitos acerca do meio ambiente, ventilação e condições sanitárias, ressaltando a comunicação verbal e não verbal como valiosos instrumentos de cuidado (STAMM, 2002).

Entretanto, se olharmos o cuidado do ponto de vista do usuário do sistema de saúde, podemos constatar que este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e compromisso em torno de si e do seu problema (MERHY, 1998). O trabalho em saúde acaba perdendo seu significado de ajuda e restauração do bem-estar, para tornar-se apenas uma prestação de serviço mecânica e massificada, esvaziada de valores humanos. Isto porque o profissional de saúde não empenna paixão naquilo que

faz, pois o tempo para o prazer de escutar um paciente é substituído pelo aumento do número de pessoas atendidas, acarretando o prejuízo da qualidade comprometida no seu trabalho (OLINISKI e LACERDA, 2004).

Que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Ao olharmos com atenção os processos de trabalho, no conjunto das intervenções assistenciais, identificamos que qualquer abordagem de um profissional de saúde junto a um paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, no encontro entre duas pessoas, no diálogo, sendo criada uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado. Pois os pacientes buscam nos trabalhadores de saúde o acolhimento, responsabilização e vínculo (MERHY, 1998).

Podemos retroceder na história e, traçando um paralelo entre a era pós-Nightingale e o momento recente, o cuidado deixa de ter seu valor central e a ênfase está no saber tecnicista, qual seja: o diagnóstico (STAMM, 2002). A lógica capitalista privilegia esse padrão, estimulando as pessoas a produzirem cada vez mais, consagrando a maior parte do seu tempo ao trabalho, à produtividade, à competitividade, não favorecendo sentimentos de realização e prazer no trabalho (OLINISKI e LACERDA, 2004).

Após essa fase tecnicista, recentemente se faz um resgate da essência da enfermagem, em que o paciente passa a ser ouvido e respeitado no seu todo. Um paradigma emergente na realidade brasileira, que tem como base filosófica o cuidado ao ser humano e sua inter-relação com o meio ambiente, no contexto das próprias experiências de vida, com foco na morte/renascimento, processos de ser e viver de forma mais saudável possível que estão presentes na construção do cuidado transdimensional (STAMM, 2002).

Dentro da prestação de serviços em saúde, no que diz respeito à enfermagem, o que produzimos não se pode quantificar, é um ato que se desfaz na mesma hora em que é ofertado. Podemos medi-lo de acordo com a satisfação de quem o recebe. Porém o conceito de caridade e benevolência repassado a esse tipo de serviço, e que lhe conferia uma conotação de doação, vem tomando novos rumos (MERHY, 1998).

Outrossim, o cuidado deve ser compreendido como produto e serviço nas suas múltiplas

dimensões, relações e interações, ou seja, como um sistema de produção de serviços personificado e singular, na sua maneira de ser e existir na sociedade. O que exige um posicionamento diferenciado por parte do enfermeiro que, ao interagir e dialogar no seu campo de atuação, experimenta evidências da complexidade do cuidado: seja nas variadas expressões sociais, profissionais, familiares e individuais (BACKES et al., 2006).

Em 2010, se completam 100 anos da morte de Florence Nightingale, uma mulher que viveu à frente de seu tempo, atuando tanto no contexto hospitalar, quanto no político, social e ecológico. Seus pressupostos se mantêm atuais e norteiam enfermeiros por todo o mundo. Com ela, a enfermagem iniciou sua caminhada científica, conferindo caráter organizado à categoria, viabilizando a construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), além de preconizar o cuidado ao ser humano e sua relação com o meio ambiente, como focos da enfermagem. Expressões de um trabalho holístico, de certo modo, pré-anunciando a definição que atualmente contempla a totalidade do indivíduo, o Cuidado Transdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletirmos sobre o impacto desencadeado pelo cuidado no seu processo evolutivo, percebemos que o mesmo sofreu mudanças na sua conotação, sendo desenvolvido nos primórdios, de geração a geração, de modo empírico e como forma de doação. Florence Nightingale, por sua vez, incorporou valores essenciais para a promoção da saúde, sob um olhar holístico, resgatando o cuidado como uma ciência. Finalmente, temos no cuidado muito mais que uma ação benevolente. Ele é uma ferramenta de trabalho que confere autonomia ao enfermeiro e o difere como profissional de saúde, no momento em que percebe o ser na sua heterogeneidade.

Nessa perspectiva, Florence Nightingale, com sua teoria ambientalista, focou o sujeito na sua integralidade, preocupando-se com o ambiente que o circundava, além de valorizar hábitos de higiene, registrando, assim, as primeiras notas epidemiológicas de enfermagem. Ela reorganizou as ações da profissão, de modo a elaborar a sua sistematização, abordando conceitos, tais como ambiente, iluminação, aeração e alimentação, pressupostos signifi-



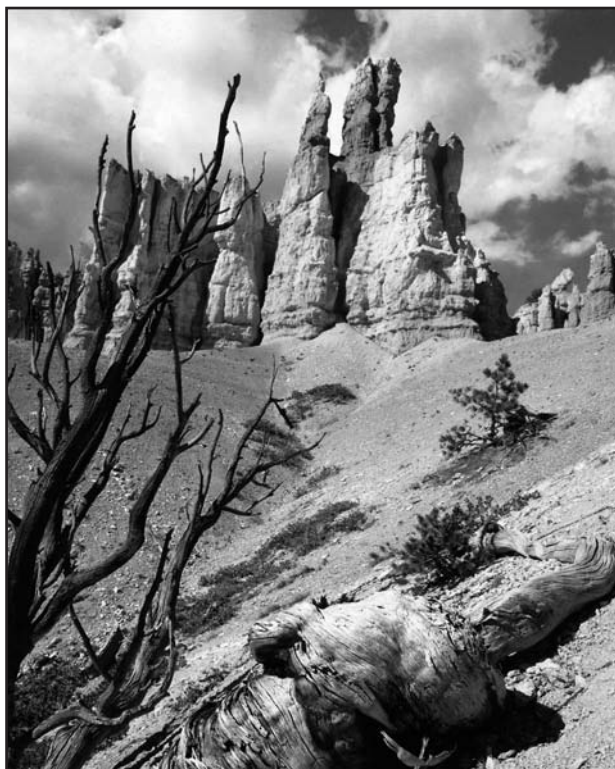
cativos para a história da enfermagem. Contribuí, assim, para a formação do conceito global que contempla o ser humano como um ser bio/psico/social/espiritual.

Portanto, o enfermeiro contemporâneo pode fazer uma releitura do que é o cuidar, fundamentando no antigo e no novo contexto, alavancando o empreendedorismo da profissão, com vistas a conquistar e explorar os espaços intercessores para promover a mudança de paradigmas na enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.D.S.; ORIÁ, M.O.B.; FRANCO, E.S.; COSTA, M.S.; BARROSO, M.G.T. (2005) História da enfermagem registrada nas artes plásticas: do século XVI ao século XX. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, out/dez 14(4): 513-9.
- BACKES, V.M.S. (2000) Estilos de pensamento e práxis na enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional. Ijuí: Unijuí, p.79.
- BACKES, D.S.; SOUSA, F.G.M.; MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; NASCIMENTO, K.C.; LESSMANN, J.C. (2006) Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 15(n. esp): 71-8.
- BARREIRA, I.A. (2005) A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, dez. 14(4): 480-87.
- GIL, A.C. (2007) Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.T.D; MANTOVANI, M.F.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; ANDERS, J.C. (2010) O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, fev. 63(1): 26-32.
- LEOPARDI, M.T. (2006) Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. *Rev Ampl*. Florianópolis: Soldasft; p.369.
- MACEDO, P.O.; QUITETE, J.B.; LIMA, E.C.; SANTOS, I.;

- VARGENS, O.M.C. (2008) As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [periódico na Internet]. [acesso em 2009 Jun 15];12(2): 341-7. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/24ARTIGO20.pdf.
- MERHY, E.E. A (1998) perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; p. 121-42.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. (2007) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec.
- MUSSI, F.C. (2005) Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paul Enferm 18(1): 72-81.
- NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. (2005) Imagem da enfermeira: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. jan/fev 58(1): 74-7.
- OLINISKI, S.R.; LACERDA, M.R. (2004) As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. Cogitare Enferm, Curitiba, jul/dez 9(2): 43-52.
- OLIVEIRA, M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. (2007) Evolução histórica da assistência de enfermagem. ConScientiae Saúde, São Paulo 6(1): 127-136.
- SOUZA, M.F. (2001) As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MM. (Org.). Sistema de enfermagem: evolução e tendência. São Paulo: Ícone; p.29-39.
- STAMM, M. (2002) Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. Ciência cuidado e saúde, Maringá. jul/dez 1(2): 293-8.
- TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. (2007) Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; p.1592.
- TERRA, M.G.; CAMPONOGARA, S.; SILVA, L.C.; GIRONDI, J.B.R.; NASCIMENTO, K.; RADÜNZ, V. (2006) O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 15 (Esp): 164-9.
- ZEFERINO, M.T.; SANTOS, V.E.P.; WALL, M.I.; ROCHA, P.K.; BLOIS, J.M.; MEIRELES, B.H.S. (2008) Concepções do cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. Rev Enferm. UERJ, Rio de Janeiro. jul/set 16(3): 345-350.



PERSPECTIVA DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA EN LA OBRA DE SAN PEDRO CLAVER

Juan Guillermo Rojas¹, José Siles González²

¹Profesor Facultad de Enfermería,
U. de A., Medellín-Colombia.

²Catedrático Departamento de Enfermería, U. de Alicante.



NURSING DISCIPLINE PERSPECTIVE ON ST. PETER CLAVER'S WORK

SUMMARY

Nursing historical development has been closely linked to human history, because care of life and health have been essential activities in necessities supply process. Nursing historical count, refers to facts, events and important figures that in different contexts have marked patterns for professional development.

Nowadays, nursing history teaching and learning became very important as a strategy to advance towards future with knowledge of social and political background which have brought about nursing survival, development and advance as profession and discipline.

In this paper, a description about Father Pedro

Claver actions during his stay at Colonial Cartagena and an analysis are carried out, by means of epistemologic framework with the purpose to determine his philosophical perspective on care given to black slaves, and that have influenced throughout the time Colombian nursing development.

Key words: Nursing, Nursing Research, History of Nursing.

PERSPECTIVA DISCIPLINAR DA ENFERMAGEM NA OBRA DE SAO PEDRO CLAVER

RESUMO

O desenvolvimento histórico da enfermagem tem estado intimamente unido à história da humanidade, porquanto o cuidado da vida e a saúde, foram actividades fundamentais no processo de satisfação de necessidades. O recuento histórico em enfermagem, dá conta dos factos ou acontecimentos e personagens que em diferentes contextos marcaram pautas para o desenvolvimento da profissão.

Na actualidade, o estudo e ensino deste tópico, cobra especial importância como estratégia para avançar para o futuro com o reconhecimento dos antecedentes sociopolíticos e culturais que determinaram a sobrevivência, desenvolvimento e avanço da enfermagem como profissão e disciplina.

No presente texto, faz-se a descrição das actuações do Pai Pedro Claver durante seu estadia na Cartagena colonial, e analisa-se mediante um marco epistemológico a perspectiva filosófica do cuidado desenvolvida por ele durante sua missão de serviço aos negros escravos, e que ao longo do

tempo influenciaram o desenvolvimento da enfermagem colombiana.

Descritores: Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem, História da Enfermagem.

RESUMEN

El desarrollo histórico de la enfermería ha estado íntimamente ligado a la historia de la humanidad, por cuanto el cuidado de la vida y la salud, han sido actividades fundamentales en el proceso de satisfacción de necesidades. El recuento histórico en enfermería da cuenta de los hechos o acontecimientos y personajes que en diferentes contextos han marcado pautas para el desarrollo de la profesión.

En la actualidad, el estudio y enseñanza de la historia, cobra especial importancia como estrategia para avanzar hacia el futuro con el reconocimiento de los antecedentes sociopolíticos y culturales que han determinado la supervivencia, desarrollo y avance de la enfermería como profesión y disciplina.

En el presente texto, se hace la descripción de las actuaciones del Padre Pedro Claver durante su estadía en la Cartagena colonial y se analiza mediante un marco epistemológico la perspectiva filosófica del cuidado desarrollada por él durante su misión de servicio a los esclavos de raza negra que a lo largo del tiempo han influenciado el desarrollo de la enfermería colombiana.

Palabras clave: Enfermería, Investigación en Enfermería, Historia de la Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Collière (1993), ha definido el cuidado como un acto humano que busca promover la vida y conservar la especie, en tanto que Castrillón (1997), se refiere a él como una práctica social que ha identificado y favorecido el desarrollo de la disciplina de enfermería. Es precisamente la respuesta social al encargo de cuidar, la que le ha permitido a esta disciplina reconstruir su historia como un elemento clave para entender el estado actual del cuidado profesional en las dimensiones científico-

técnica, cultural y política y su proyección hacia el futuro en una sociedad globalizada y con una compleja problemática que incide sobre el desarrollo y por ende sobre la salud y la vida de las personas.

En este trabajo, se hace la revisión y análisis de algunas obras biográficas de San Pedro Claver con un marco epistemológico de enfermería determinado por las características de perspectiva disciplinar definidos por Afaf Meleis (1987), los patrones de conocimiento propuestos por Barbara Carper (1978) y las visiones del mundo de la enfermería formuladas por Newman (1991) y Fawcett (1995), con la pretensión contribuir al reconocimiento de la historia como el soporte fundamental para la identidad y proyección profesional hacia el futuro.

OBJETIVOS

Identificar los rasgos esenciales de perspectiva disciplinar, patrones de conocimiento y visiones del mundo de la enfermería que conforman el marco epistemológico en algunos relatos biográficos de San Pedro Claver, como uno de los personajes claves en el desarrollo histórico de la enfermería en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó mediante la revisión de fuentes secundarias sobre la vida de San Pedro Claver. Para ello se hizo lectura e interpretación de textos e identificación de conceptos que concordaran con las características de perspectiva disciplinar, los patrones de conocimiento y las visiones del mundo de la enfermería, que se estructuraron como categorías principales para el análisis de la información.

La búsqueda documental se llevó a cabo en la Biblioteca Nacional de España de la ciudad de Madrid, utilizando como herramienta el catálogo público institucional y empleando como palabra clave: San Pedro Claver; se obtuvieron 38 archivos entre libros de texto y retratos en las dos sedes de la Biblioteca ubicadas en Recoletos y Alcalá de Henares; posteriormente, se hizo una depuración de escritos tomando como criterios: que fuera un texto en Español con más de 30 años de haber sido publicado y disponible en el momento. Finalmente se hizo la revisión y lectura de 12 libros que correspondían a los criterios mencionados.

Posteriormente, se llevó a cabo una lectura analítica y transcripción de algunos textos que permitieron identificar las características de la perspectiva disciplinar de enfermería. En cumplimiento de los asuntos éticos, se ha tratado de respetar la propiedad intelectual haciendo las respectivas referencias de los autores.

RESULTADOS

Los datos derivados de las lecturas fueron agrupados en las categorías: marco epistemológico de enfermería, historia de enfermería, biografía de San Pedro Claver y perspectiva disciplinar en las actuaciones del Santo. A continuación se hace referencia a cada una de ellas:

MARCO EPISTEMOLÓGICO DE ENFERMERÍA

El marco epistemológico de enfermería pretende mostrar la evolución del conocimiento y el significado de la disciplina en cuanto a la perspectiva, el dominio, los conceptos y los patrones de conocimiento (Durán, 2002). A su vez, la perspectiva disciplinar está definida por la naturaleza de la enfermería como una ciencia humana, los asuntos de la práctica, las relaciones establecidas entre los actores del cuidado y las perspectivas que los mismos tienen sobre la salud y el bienestar (Carper, 1978) (Durán, 2002).

Por otro lado, las visiones del mundo de la enfermería, como componentes del marco epistemológico, orientan la forma cómo deben comportarse los miembros de la disciplina en relación con la naturaleza humana de las personas y el propósito de la enfermería como ciencia humanística, comprendiendo los puntos de vista ontológico y epistemológico de la disciplina, y que han sido agrupadas por Fawcett (1995) y Newman (1991), en: las visiones particular-determinística o de reacción, integrativa-interactiva o de reciprocidad y visión humanitaria-transformativa o de simultaneidad (Durán, 2002).

Como soporte del desarrollo disciplinar, los patrones de conocimiento, han sido definidos como las formas propias de lograr y aprehender el conocimiento implícito en los fenómenos del cuidado de enfermería, que se han agrupado en el patrón empírico, referido al componente científico

para la explicación y predicción de los fenómenos; el ético, que reúne los asuntos de la moral en la práctica; el patrón estético que evoca el componente artístico de la enfermería y el patrón de conocimiento personal que se relaciona con el ser de cada persona y que es la base fundamental para la puesta en marcha de todos los demás patrones enunciados (Carper, 1978) (Durán, 2002).

HISTORIA DE ENFERMERÍA Y RELEVANCIA PARA EL DESARROLLO DISCIPLINAR

Siles (1999) plantea que la historia de la enfermería se refiere a los hechos, sucesos, eventos o acontecimientos que tienen lugar en un tiempo dado y que constituyen el estudio historiográfico conformado por los escritos, estudios, análisis, resultados, explicaciones y conclusiones que constituyen la producción historiográfica en enfermería.

Desde esta perspectiva, el mismo autor (Siles, 1999), ha enfatizado en el carácter histórico de la práctica de los cuidados como componentes de la compleja realidad humana en el proceso de satisfacción de necesidades. El estudio de la historia de enfermería es un componente disciplinar relativamente joven, que ha significado un arduo trabajo de académicos e investigadores inquietos en el tema, con el propósito de aportar para la construcción de la identidad de la enfermería como práctica social en un contexto histórico y socio político dado. La consolidación del corpus de conocimientos y el reconocimiento de la historia como elemento disciplinar profesional son elementos fundamentales para los desarrollos teóricos a los problemas de la actualidad y contribuyan al mejoramiento de las prácticas de cuidado en el futuro.

De acuerdo con Velandia (1995), en el contexto colombiano, es escasa la producción historiográfica en enfermería, y los primeros ensayos históricos fueron hechos por médicos, situación que ha incidido desfavorablemente en la construcción de la historia en relación con el proceso histórico social del país; a su vez, esta situación ha hecho mella en el asunto de la identidad profesional y el desarrollo disciplinar. En consecuencia, la plataforma histórica se ha construido sobre los acontecimientos que han constituido la enfermería



moderna a partir de la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia de las órdenes religiosas de España, los trabajos de F. Nigthingale y los desarrollos investigativos y teóricos de las enfermeras norteamericanas.

Al analizar los antecedentes históricos de la enfermería en Colombia, Velandia (1995), ha hecho referencia a cuatro elementos residuales o herencias recibidas por tradición: femenina, militar, religiosa y etnográfica. En cuanto a la herencia religiosa, ubica a San Pedro Claver como el “padre de la enfermería en Colombia” a raíz de su labor con los negros esclavos por haber ejercido una práctica de medicina y enfermería empíricas junto a su apostolado en el Hospital de San Lázaro al lado del Cerro de la Popa en Cartagena de Indias. Al lado de las actuaciones del Padre Claver, el trabajo desarrollado por órdenes religiosas como la de los Hermanos de San Juan de Dios, dieron inicio al desarrollo de la enfermería en el contexto nacional que a pesar de ser una disciplina social laica, conserva aún algunos rasgos de ésa herencia.

BIOGRAFÍA DE SAN PEDRO CLAVER

La Cartagena de Indias de la colonia, ciudad mercantil y punto clave para la estrategia militar fue el contexto en el que se desarrolló gran parte de la obra misional de San Pedro Claver en América, sin embargo, no ofreció el ambiente propicio para

la conservación de archivos que documentaran tales hechos. De los archivos de la Compañía de Jesús existentes en España y América, se puede conocer lo que el Padre Astraín relata y que da cuenta de la lucha social que suscitó el apostolado del Santo, en medio de la adversidad impuesta por visitantes y examinadores del clero y la inquisición (Picón, 1969).

Con el objeto de entender los alcances de la obra de San Pedro Claver, es importante mirar algunos aspectos de su vida, el entorno en el que transcurrió y las influencias recibidas que lo motivaron a llevar a cabo su misión de apostolado en el cuidado de las personas más desvalidas que tenían la condición de ser inmigrantes, negros y esclavos en la Cartagena de Indias del siglo XV.

Por esta razón, resulta importante mencionar que San Pedro Claver vivió en una época brillante (1580 -1654), momento sociopolítico crucial en España, tiempo en el que sucedió la restauración católica; además el hecho de haber crecido en el seno de una familia de agricultores con marcado arraigo a la tradición religiosa católica, que se vio abocada a enfrentar dos acontecimientos dolorosos que influyeron para decidir su orientación religiosa y que le dejaron en su rostro una impresión de tristeza que lo acompañó durante toda su vida (Valtierra, 1954).

Nació en Verdú (España) el 26 de Junio de 1580, en el seno de una familia integrada por sus padres, un hermano y dos hermanas. De su infancia se tienen pocos datos. Inició sus estudios bajo la tutoría inicial de su tío paterno Juan Claver y luego se dirigió a Barcelona en 1596. A los 16 años demostró su vocación por la vida religiosa, razón por la cual luego de sus estudios de retórica ingresó al Colegio de los Jesuitas para estudiar Filosofía en 1601; sobresalía entre sus compañeros por su ingenio y aplicación de igual manera, según testimonio del Obispo de Barcelona, Don Alonso Coloma “se hallaba más aventajado que los demás, no solo en Ciencias, sino también en piedad y religión (Valtierra, 1954).

Existen relatos de que pasaba largas horas en la Iglesia del Colegio y que cada domingo iba con algunos de sus compañeros al Hospital de Santa Cruz a cuidar los enfermos más miserables. Son estos los rasgos iniciales de su interés por prestar

un servicio a las personas en sufrimiento y dolor, como lo hacen los enfermeros hoy en día para cuidar a sus pacientes, para lo que es necesario ingenio y creatividad, formación científica entrega a su labor (Valtierra, 1954).

Como rasgos fundamentales de su carácter y personalidad se destacaban su afabilidad, amabilidad, humildad y obediencia; era descrito como un ser calmado y retraído que tenía por norma general de vida la observancia fiel y total de las reglas (Valtierra, 1954).

Entró en la Compañía de Jesús en 1602, hizo sus votos como miembro el 8 de Agosto de 1604; a partir de esa fecha inició un largo recorrido en su ruta misionera, que incluyó Barcelona, Gerona, Mallorca, Tarragona y finalmente Cartagena de Indias, en el Nuevo Reino de Granada (Fernández, 1666) (Valtierra, 1954).

Se embarcó en 1610 desde el puerto de Sevilla en el galeón San Pedro rumbo al Nuevo Mundo. Terminó sus estudios en Bogotá, luego se dirigió a Tunja y finalmente fue llamado a Cartagena de Indias, a suplir al Padre Sandoval en el ministerio con los esclavos negros. En esta ciudad pudo conocer de cerca la realidad vivida en los barracones con cuerpos enfermos hacinados y que le sirvió de motivo para iniciar su labor de apostolado al servicio de estos esclavos (Fernández, 1666) (Valtierra, 1954).

Su ordenación ocurrió el 19 de Marzo de 1616, como el primer sacerdote jesuita investido en Cartagena de Indias. Murió el 8 de Septiembre de 1654, en la ciudad de Cartagena. Hacia 1747, sus virtudes fueron declaradas como heroicas, recibió la beatificación el 20 de Julio de 1850 y fue canonizado el 15 de Enero de 1888 (Fernández, 1666) (Valtierra, 1954).

Fueron diversas las acciones emprendidas por el Santo en favor de los esclavos y que han sido documentadas en las obras biográficas. Por su parte, comenta Valtierra (1954), que para cumplir su voto, asistía las necesidades espirituales y corporales de los negros sin miramientos de las distancias, las temperaturas o las dolencias; para tal efecto los instruía, los bautizaba, los confesaba y les asistía en el bien morir con tanto amor y caridad como si cada uno fuese su preferido. Les asistía en necesidades básicas como la nutrición, la

comodidad y el vestido, todas ellas interferidas a causa de la larga y penosa travesía transatlántica.

Iba por todos los enfermos de uno en uno ofreciendo el Santo Cristo y preguntándoles si querían confesarse, para lo cual adoptaba posiciones que no fueran incómodas para ellos y no tanto para él. Como lo señala Valtierra (1954), “Todo el día el Padre Claver en un continuo movimiento, en un excesivo trabajo, en la congoja de un Hospital, entre vapores de enfermedades, sudando siempre de calor, y sobre todo eso ayunó todo el día” (p.54,57).

Amó el venerable Padre San Pedro Claver a los religiosos de la orden de San Juan de Dios por las obras que hacían con los enfermos y les manifestaba su interés en visitar sus instalaciones para aportar con su capacidad para cuidar a los enfermos, lo que significaba descanso para los religiosos. El Santo acudía varias veces por semana a los hospitales de San Lázaro, destinado para la atención a los leprosos, y al hospital de San Sebastián (denominado también San Juan de Dios), especialmente cuando estaban llenos para prestar su servicio en jornadas de trabajo que iban desde la mañana hasta la noche, bajo la subordinación del P. Prior o Enfermero hospitalario (Fernández, 1666) (Ortega, 1974).

De su servicio en el Hospital San Sebastián, se han documentado una serie de casos denominados “raros”, que han servido para reconocer en el Padre su vocación y poder de sanación por medio de los milagros obrados en los pacientes con base en la fe y devoción. Un relato señalaba la participación de San Pedro Claver en el cuidado de unos marineros que habían ingresado luego de sufrir quemaduras graves, las cuales a causa de la exudación desprendían un fuerte olor, para lo que el Padre les brindaba comodidad ahuyentando las moscas y tábanos que les molestaban (Fernández, 1666) (Ortega, 1974).

Otra narración aludía a que en la sala de calenturas del mismo Hospital, el ciego Juan Ramírez adolecía de fuertes dolores de cabeza, ante lo cual el Santo brindaba consuelo dándole a entender que su ceguera podría ser un medio para salvar su alma y le cubría con su manta para aliviarle el dolor; además le daba un par de besos de paz en las mejillas, intervenciones que fueron efectivas para

curarle la dolencia. Han sido muchas otras historias, entre ellas la que se menciona al señor Alvaro Barbosa Salazar, quien aislado por las lesiones lúeticas dio cuenta de su sanación corporal y espiritual, al igual que otros pacientes en la sala de unciones mercuriales del Hospital San Sebastián por cuenta de la labor apostólica del Padre (Fernández, 1666) (Ortega, 1974).

En muchas ocasiones, antes de que las embarcaciones tocaran puerto, buscaba la manera de abordarlas y al llegar se ponía en medio de los negros manifestándoles su afecto. Por medio de los intérpretes les decía que venía para ser compañero de todos y les daba la bienvenida a la tierra de los blancos. Esta idea era necesaria, pues los esclavos creían que les traían para matarlos y de sus pieles hacer aceite para los navíos. Preguntaba por los enfermos y los niños, especialmente, por los que habían nacido durante el viaje transatlántico, esto con el fin de bautizarlos. Luego venía la repartición de regalos y el suministro de agua fresca; a los más decaídos, según relato de un testigo, les daba un remedio que les sacaba de su letargo, un buen vaso de agua fuerte o aguardiente (Valtierra, 1954).

A los enfermos atendía de modo delicado y asiduo. Como los desgraciados esclavos habían de quedar almacenados (como mercancías) en depósitos instalados a tal efecto (que no tenían muchas veces las condiciones requeridas de salubridad), el Padre Claver vigilaba a los más castigados para evitar infecciones y contagios (Fernández, 1666) (Valtierra, 1954).

A pesar de que su corazón temblaba ante la herejía, San Pedro Claver, tuvo un corazón lleno de benevolencia para los hombres herejes y les suministraba los cuidados que fueran necesarios, porque ante todo, primaba la dignidad humana como elemento fundamental de la doctrina católica (Valtierra, 1954).

PERSPECTIVA DISCIPLINAR EN LAS ACTUACIONES DE SAN PEDRO CLAVER.

Tomando como referencia los elementos de perspectiva disciplinar descritos antes: patrones de conocimiento (Carper, 1978), visión de la realidad (Newman, 1991) y perspectiva disciplinar (Fawcett, 1995), en las actuaciones de San Pedro Claver se distinguen los siguientes:

PATRONES DE CONOCIMIENTO

- Empírico: al utilizar de manera lógica sus conocimientos sobre higiene corporal, los principios básicos de terapéutica y de satisfacción de necesidades corporales (alimento, líquidos, mantenimiento de la temperatura, afecto) en la restitución de la salud.

- Estético: al tratar de representar, interpretar e imaginar la realidad y las situaciones vividas por los negros en su condición de esclavos, arrancados de su territorio, llevados en contra de su voluntad a otros lugares y mercantilizados como objetos para el trabajo. Esta forma de conocimiento, le permitió al santo acercarse de manera hermenéutica a la realidad de los esclavos.

- Ético: en razón de su condición y sustentado en los valores morales de la religión, el profundo sentido del respeto, la justicia y la beneficencia.

- Personal: al darse cuenta y tratar de experimentar las situaciones vividas por los esclavos, el santo, ideó los mecanismos para aproximarse a la realidad y llevar a cabo las intervenciones que hoy le hacen merecedor de reconocimiento.

VISIÓN DE LA REALIDAD DE ENFERMERÍA

Las acciones llevadas a cabo por el santo y su forma de interacción con los esclavos, permiten identificar que San Pedro Claver tenía una visión integrativa-interactiva o de reciprocidad del mundo de la enfermería, en razón de que prestaba especial atención a la condición humana de los esclavos, interactuaba con ellos y reconocía algunos aspectos de las respuestas culturales en relación con los asuntos de la salud.

PERSPECTIVA DISCIPLINAR

Si bien San Pedro Claver dedicó su vida al ministerio religioso y su labor al apostolado con los negros esclavos, al analizar su biografía puede indicarse que su labor tenía algunos rasgos de la perspectiva disciplinar de enfermería, en virtud de que reconocía el carácter humano de su labor apostólica, llevaba a cabo acciones para promover la dignidad humana, la vida y restituir la salud y el bienestar de los esclavos y establecía con ellos unas relaciones más profundas que el acto terapéutico en sí.

DISCUSIÓN - CONCLUSIONES

San Pedro Claver ha sido reconocido por su labor apostólica a favor de los negros esclavos llevados de África a América en el siglo XV; su labor evangelizadora se extendió más allá del campo de la religión y ante el sufrimiento y dolor que pudo evidenciar, llevó a cabo acciones de cuidado encaminadas a la restitución de la salud y la comodidad de los esclavos. Estas labores de cuidado, inspiradas de igual manera, el trabajo de diversas comunidades religiosas de origen español que por varios siglos ejercieron las labores de enfermería en todo el territorio colombiano, elevándolo a la categoría de “Padre de la Enfermería Colombiana”.

La revisión de la obra de San Pedro Claver, bajo la perspectiva disciplinar de enfermería y tomando como referente el marco epistemológico actual, permite entender que la influencia del santo va más allá del carácter religioso que hasta ahora se le ha reconocido, por cuanto su labor de cuidado estaba estructurada en las formas o patrones de conocimiento empírico, personal, ético y estético y la visión de los esclavos como seres humanos con quienes se podía interactuar; además porque con su labor proyectaba el cuidado como una práctica social que requería soporte científico y con un elevado sentido humanístico.

Esta revisión y reflexiones iniciales, constituyen por tanto un punto de partida para la realización a futuro de indagaciones mejor estructuradas que permitan reconstruir la historia de la enfermería colombiana para fortalecer la identidad profesional y proyectar la enfermería como una práctica social enfocada al cuidado de la vida y a la promoción del desarrollo humano con justicia social.

Es un reto prioritario en el contexto colombiano la creación de líneas de investigación que promuevan la reconstrucción histórica, como estrategia para definir el rol de los profesionales de enfermería como agentes sociales de cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1): 13-24.
- Castrillón, M. (1997). La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Collière, M. (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Durán, M. (1998). Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Unibiblos.
- Durán, M. (2002). Marco Epistemológico de la enfermería. *Aquichán*, 2(2): 7-18.
- Fawcett, J. (1987). Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia: F A Davis Company.
- Fernández, J. (1666). Trabajos gloriosos y casos raros en el Hospital de San Sebastián. En: Fernández, J. Apostólica y penitente vida del venerable Padre Pedro Claver de la Compañía de Jesús. Zaragoza.
- Meleis, A. (1987). *Theoretical Nursing Development and progress*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Newman, M., Sime, A., Corcoran-Perry, S. (1991) The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1): 1-6.
- Ortega, L. (1974). Los Hermanos de San Juan de Dios en los Hospitales de Cartagena de Indias, años 1596 a 1835. *Boletín Informativo*. Madrid: Curia Provincial de Castilla.
- Picón, M. (1969). Pedro Claver: el Santo de los Esclavos. Madrid: Editorial Revista de Occidente.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Editorial Aguaclara.
- Valtierra, A. (1954). San Pedro Claver S.J. El esclavo de los esclavos 1580-1654. *Biografía ilustrada*. Bogotá: Antares.
- Velandia, A. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.



ANTROPOLOGÍA

COMPETENCIA CULTURAL EN ENFERMERÍA: POBLACIÓN SUBSAHARIANA

Isabel Gentil García

Doctora. Profesora E. U. Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid



COMPETÊNCIA CULTURAL NA ENFERMAGEM: POPULAÇÃO SUBSAHARIANA

RESUMO

Partindo da ampla ideia da necessidade de mediadores interculturais no mundo da saúde como a solução para as dificuldades derivadas do trabalho com pessoas de outras culturas, este estudo teve como objetivo demonstrar que é necessário que os profissionais de enfermagem sejam formados para realizar cuidados culturalmente competentes. O fundamental é ter uma atitude construtiva em direção às diferenças culturais e a sensibilidade em relação às pessoas de outras culturas. Também se faz necessário aumentar os conhecimentos sobre outras culturas. Por essa razão se descrevem valores e crenças em relação à saúde e à doença na população subsahariana. Chegamos à conclusão de que os seres humanos, ainda que diversos culturalmente, compartilhamos muitos aspectos em relação ao adoecimento.

Palavras chave: Competência cultural. Enfermagem. Saúde. Imigração. População Subsahariana.

RESUMEN

Partiendo de la extendida idea de la necesidad de mediadores interculturales en el mundo sanitario como la solución a las dificultades derivadas de trabajar con personas de otras culturas, este trabajo tiene como objetivo demostrar que lo necesario es que los profesionales de enfermería nos formemos para realizar cuidados culturalmente competentes. Se analizan ciertas premisas sin las

THE CULTURAL COMPETENCE IN THE NURSING PROFESSIONAL: SUB-SAHARAN POPULATION

SUMMARY

Departing from the widespread idea of the need of intercultural mediators in the sanitary world as the solution to the derivative difficulties of working with persons of other cultures, this work has as aim demonstrate that the necessary thing is that the professionals of nursing we form ourselves to realize taken care culturally competent. There are analyzed certain premises without which they cannot be realized taken care competent. The fundamental thing is to have a constructive attitude towards the cultural differences and sensibility towards the persons of other cultures. Also it is necessary increase the knowledge on other cultures. By it values and beliefs are described in relation to health and disease in sub-Saharan population. Coming to the conclusion that the human beings though diverse culturally we share many common features in relation to the disease.

Key words: Cultural competence. Nursing. Health. Immigration. Population Subsahariana.

cuales no se pueden realizar cuidados competentes. Lo fundamental es tener una actitud constructiva hacia las diferencias culturales y sensibilidad hacia las personas de otras culturas. También se necesita aumentar los conocimientos sobre otras culturas. Por ello se describen valores y creencias en relación a salud y enfermedad en población subsahariana. Llegando a la conclusión que los humanos aunque diversos culturalmente compartimos muchos rasgos comunes en relación a la enfermedad.

Palabras clave: Competencia cultural. Enfermería. Salud. Inmigración. Población Subsahariana.

INTRODUCCIÓN

Los dinámicos profesionales de Enfermería conscientes de que el porcentaje de población extranjera en nuestra sociedad es de 12% (MTI, 2009) y que sus lugares de procedencia son los cinco continentes han realizado y publicado numerosos estudios sobre cómo mejorar los cuidados de acuerdo a esta nueva situación social multicultural. La mayoría de los estudios llegan a la conclusión de la necesidad de mediadores interculturales en el mundo sanitario. Creo que es un error. Se hace referencia a ellos como la panacea universal a las dificultades derivadas de trabajar con personas de otras culturas.

Este artículo tiene como objetivo demostrar que lo realmente necesario es que los profesionales de enfermería nos formemos para realizar cuidados culturalmente competentes. Está estructurado en tres partes: Definición de conceptos y reflexión sobre competencia cultural, trabajo de campo con población subsahariana y conclusiones.

¿ES NECESARIO EL MEDIADOR INTERCULTURAL EN ENFERMERÍA?

Solicitar mediadores interculturales implica un delegar, una pasividad, un desprenderse de responsabilidades profesionales. Distinto es el problema de la barrera lingüística, aquí sí puede ser necesaria la presencia de un traductor.

La solución ante nuevas situaciones y nuevos retos en el ámbito profesional es formarse. En

estos momentos hemos incorporado la informática como una herramienta más de nuestro trabajo. Si unos años atrás cuando ello se inició hubiéramos optado por proclamar la necesidad de “mediadores informáticos”, hoy seríamos incompetentes para nuestro trabajo. Lo que hay que reclamar es formación para ser “competentes culturalmente”, como un elemento más de nuestra competencia profesional.

Todavía más importante: mientras reclamemos la presencia de mediadores interculturales mantendremos, sin pretenderlo, en situación de exclusión al colectivo cultural diferente.

Conocer otros conceptos de salud y enfermedad, hábitos dietéticos, creencias religiosas, mitos, costumbres, conductas... es adaptarnos a nuevas necesidades, centrándonos en la persona enferma más que en la enfermedad. Somos los profesionales de enfermería los que más entendemos que no hay cuerpo-máquina enfermo, sino personas con enfermedad, por esto debemos orientarnos hacia el cuidado cultural competente.

CUIDADO CULTURAL COMPETENTE

Numerosos profesionales de Enfermería que nos han precedido en tiempos históricos lo han practicado, aunque no le dieran este nombre.

En los años 50 del siglo pasado, Madeleine Leininger, enfermera y antropóloga, se anticipó a Organismos Internacionales para elaborar el concepto (Siles, 2001). Leininger considera que la competencia cultural es un imperativo para las enfermeras si queremos realizar nuestra función con efectividad. Entendió que sumar cuidados y sociedad multicultural daba como resultado Enfermería Transcultural (ETC), definiéndola como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. El objetivo de ETC es proporcionar cuidados culturalmente competentes, (Leininger, 1999)

En los años 80, la OMS reconoce la importancia de la cultura y de la diversidad cultural en el proceso salud-enfermedad y se plantea cómo mejor atender sanitariamente a las minorías étnicas con diferentes culturas y lenguas, (Herman, 2007)

En 2007, el Panel de Expertos en Competencia Cultural de la Academia Americana de Enfermería define Competencia Cultural como: “Tener conocimiento, actitudes y habilidades sobre grupos culturales diversos que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural de acuerdo a las necesidades manifestadas por el paciente. Es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos que tienen una visión del mundo diferente de la propia”, (Giger, 2007).

¿QUÉ NECESITO SABER PARA SER CULTURALMENTE COMPETENTE?

Es necesario tener conocimientos sobre otras culturas, pero no es necesario conocer todas las tradiciones culturales de todas las personas sanas y enfermas con que interactúo. También en nuestra sociedad de procedencia existe la diversidad.

Debo saber que la percepción de enfermedad, las causas de la misma, las actitudes hacia ella, los métodos para tratarla y los cuidados están influidos culturalmente, pero siempre están íntimamente integrados en un marco mayor: el contexto social y cultural que determina una cosmovisión, una forma de percibir el mundo.

Debo saber que las formas de entender los roles familiares y de parentesco en relación a la persona enferma están influenciadas culturalmente.

Debo saber que para dar cuidados culturalmente competentes es más importante tener una actitud constructiva hacia las diferencias culturales y sensibilidad hacia las personas de otras culturas.

Debo saber que sin estas premisas no conseguiré realizar cuidados competentes:

- **Respeto.** Las personas esperan de los profesionales de enfermería que entiendan y respeten las creencias y valores culturales que son fundamentales en su construcción como persona. No caer en el desprecio. Percibir el respeto es sentirse valorado. Sentirse valorado y respetado es la llave que abre la puerta a la confianza.

- **Confianza.** Generar confianza para facilitar la colaboración. La confianza no es lo mismo que una excesiva familiaridad. La confianza se genera mostrando interés por su problema de salud pero desde el rol profesional. Además escuchando, para

comprender, no para juzgar.

Alcanzada la confianza no será raro que nos confíen los remedios tradicionales que están utilizando, generalmente infusiones u otros. Si es posible mantenerlos. Si no es posible y para que sigan los consejos de cuidados que les transmitamos, el mensaje pedagógico será, con argumentos razonados, enfatizando la mejora de su salud, no transmitirlo como prohibiciones y negaciones de su capital cultural. Se rechazará.

- **Saber dialogar.** El diálogo es la herramienta para alcanzar acuerdos. Dialogar es escuchar los argumentos del otro para tratar de comprender su perspectiva, contestar con la explicación desde nuestra perspectiva, reconociendo las similitudes y las diferencias y buscar-negociar la mejor solución para la persona enferma. Asumiendo que en ambos lados existen puntos e intereses que son comunes. Dialogando desde la igualdad de posiciones, no desde la superioridad.

- **Valorar la diversidad cultural** como un bien. La diversidad siempre es fructífera, productiva, generativa. Aprender a apreciar los valores y significados que encierran otras creencias que nos resultan extrañas. Todo el saber tradicional de otras culturas que ha ayudado a sobrevivir a los miembros de otras sociedades tiene algo importante que comunicarnos. Ver esa diversidad como la ocasión para el diálogo. No ver las diferencias culturales como enfrentamientos, porque entonces, lógicamente, tiene que haber ganadores y perdedores. No pretendamos ganar.

- **Desarrollar actitudes que nos permitan comprender otros modelos** explicativos de la enfermedad. La enfermedad no es sólo los signos, además es un conjunto de síntomas subjetivos, vivencia individual de esa enfermedad, que se construye con las experiencias y narraciones colectivas de una sociedad determinada. Puede suceder que las sensaciones corporales se interpreten como síntomas si así se ha aprendido en el contexto sociocultural o al contrario, lo que reconocemos como síntomas se desprecien como sensaciones corporales normales. El “síntoma” no es neutro, es etiquetado como enfermedad según el saber médico-cultural de cada sociedad.

- **Huir de los estereotipos.** Podemos creernos que somos objetivos y que vemos la “realidad” tal

y como es, pero puede suceder que sean nuestros estereotipos mentales los que dibujan una realidad que sólo existe en nuestra mente. Por eso es importante sinceridad para reconocerlos y que no tñan la percepción. (Gentil, 2006)

- **Contribuir a disminuir la angustia** de la persona derivada de estar enferma. Para ello no mostrar prisa, aunque el tiempo en nuestro sistema de salud es limitado. Saber que el concepto tiempo en sociedades más tradicionales es muy diferente al de las sociedades industrializadas donde el reloj impone los ritmos de trabajo, de ocio etc. Para ellos el tiempo está para el servicio de las personas, no las personas al servicio del tiempo. Saber que no siempre contestarán rápidamente a nuestras preguntas. El interrogatorio clínico de pregunta-breve respuesta-breve, no se entiende muy bien fuera de nuestra cultura occidental.

- **Desarrollar el aprecio por los demás**, el afecto, la compasión, la empatía. Empatía como la entiende Edith Stein “aprensión de las vivencias ajenas, apercibimiento del vivenciar de otro” (Nogales, 2008)

DESCENDER DE LA TEORÍA A LOS CASOS: EVIDENCIAS EN POBLACIÓN SUBSAHARIANA

(Es parte de un trabajo de investigación que está en proceso titulado: “Estudio en población inmigrante africana atendida en el sistema sanitario español. Necesidades de salud autopercebidas” que tiene como objetivo: Identificar valores, creencias, dificultades, necesidades, percepción sobre salud y enfermedad, en población inmigrante, a través de los relatos de su experiencia vivida al ser atendidos de alguna enfermedad para diseñar y practicar cuidados culturalmente adaptados. Metodología cualitativa con entrevistas en profundidad. Aprobado por el Departamento de Enfermería de la UCM. Investigadora principal, Isabel Gentil)

La población subsahariana no es la población inmigrante más numerosa (MTI, 4'12%) pero quizá con la que sentimos mayor distancia cultural. Cuando nos referimos a población subsahariana incluimos población de varios países y con numerosas etnias en cada país, aun así, hay rasgos culturales que son compartidos.

La cosmovisión en la que se inscriben creencias y valores en África es sobre todo la tradición animista. Esta cosmovisión se transmite de forma oral, no escrita, a través de la repetición de los rela-

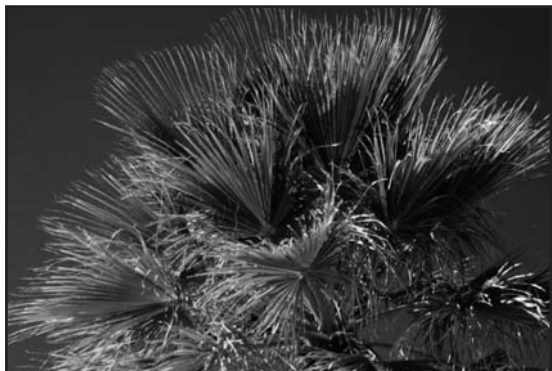
tos de los más ancianos. Se interioriza en el proceso de enculturación y se refuerza durante toda la vida, pues en la escucha de los relatos tradicionales participan todos como oyentes. Es un conocimiento ancestral y compartido. “*Desengañate Isabel, en África hay musulmanes, pero son animistas, hay cristianos, pero son animistas, hay curas cristianos, pero son animistas, hay obispos cristianos, pero son animistas*” (Informante Camerún)

En África las religiones de libro fueron introducidas e impuestas a la población siempre por los colonizadores, muchas veces por la fuerza, y fueron aceptadas en un sincretismo con el animismo. Aunque a algunos esta denominación les molesta. “*No me gusta llamarla animismo, me gusta decir la religión tradicional africana*” (Informante Benín). En estos momentos hay una reivindicación de las religiones y cultos tradicionales africanos. Más que reivindicación es un destapar lo que siempre permaneció presente y arraigado en sus corazones pero por la dominación colonial hubo que mantener oculto.

Medicina tradicional africana

Los saberes ancestrales sobre enfermedades y sus tratamientos forman un corpus de conocimientos muy valorado entre las personas de África, lo perciben como auténtica medicina. “*Yo la llamo medicina tradicional africana. Utiliza mucho las plantas y la naturaleza, porque en la naturaleza está el remedio para todas las enfermedades.*” (Informante Benín). “*El que conoce la naturaleza conoce sus misterios y los misterios de las enfermedades y el poder de la naturaleza para vencer las enfermedades. Aquí nadie tiene tiempo para escuchar a la naturaleza, ella habla y los sanadores africanos saben escucharla*” (Informante Guinea Bissau)

Desde su cosmovisión hay una comunicación entre todo lo vivo (humanos, animales, plantas y naturaleza) porque todos comparten un mismo principio vital que lo integra todo. La salud es la relación armónica de todo ello. La enfermedad afecta no sólo a la persona que la padece sino a todo ese conjunto armónico de lo vivo, pero sobre todo a la comunidad de personas. De tal forma que la enfermedad en una persona es síntoma de desar-



monía del grupo. Por ello el sanador pregunta al enfermo “¿piensa si hay algo o alguien detrás de tu enfermedad?”

Conocer la “causa verdadera” de la enfermedad

Toda persona subsahariana enferma, independientemente de su etnia, necesita saber la “causa verdadera” de su enfermedad. El diagnóstico de la biomedicina occidental se respeta y se acepta, pero es totalmente insuficiente para su tranquilidad espiritual. Necesitan saber ¿quién o qué hizo que tenga esta enfermedad? *“Sí, se tiene confianza en los profesionales sanitarios europeos, nos lo han transmitido culturalmente: ellos te van a ayudar, pero... en cuanto puedes vas a recurrir a un sanador para que te diga la causa verdadera de la enfermedad. Nuestra mentalidad es que la enfermedad la provocan terceros. Siempre hay alguien o algo detrás: brujería, mal de ojo... Siempre, aunque sea una herida porque te has caído. Y necesitas saber la causa verdadera, es por tu tranquilidad”*. (Informante Guinea Bissau).

El concepto de salud es un concepto holístico y dan mucha importancia al aspecto espiritual. El bienestar psíquico es fundamental para sentirse con salud. *“Es una necesidad básica consultar al sanador. Necesitas tranquilizarte. Necesitas seguridad. Siempre te pregunta ¿tienes problemas con alguien que te pudo hacer eso? Si dices que no luego se buscan otros caminos, pero sales sabiendo la causa verdadera de la enfermedad y eso te tranquiliza mucho”* (Informante Ghana)

Esa búsqueda de la causa detrás de la causa no implica fatalismo e inacción, como pudiera deducirse de una interpretación apresurada, sino todo lo

contrario implica capacidad de intervención para evitarlo y reflexión sobre la importancia de las buenas relaciones interpersonales en el grupo y sociedad.

El curandero africano

Los curanderos africanos son maestros en conocer el psiquismo de las personas. Han escuchado, conocido y meditado sobre tantos problemas y angustias de los humanos que se han convertido en auténticos sabios de la aflicción humana. Han sido testigos de tantas soluciones a problemas semejantes que pueden aconsejar con conocimiento. *“El curandero africano te pregunta por tus problemas y quiere conocerlos y tu le cuentas todos tus malestares y qué te pasa y qué problemas tienes y qué no estás bien. El quiere saberlo todo de ti y luego no te da consejos directos: <haz esto>, sino que te habla con metáforas y tú mismo descubres qué tienes que hacer”* (Informante Benín)

El curandero africano ha aprendido las enseñanzas de otro maestro. Se suele escoger para iniciar a un descendiente, observando primero el que parece tener más cualidades. Otras veces es alguien que se siente llamado por un antepasado para ser curandero. El sanador que hará de maestro le somete a unas pruebas antes de aceptarle. Siempre debe ser persona honesta. Poco a poco le irá transmitiendo los secretos de la naturaleza. Esta enseñanza dura años. *“En África hay muy buenos herboristas que preparan ungüentos, jarabes, infusiones con plantas y curan muchas enfermedades, el problema es que las plantas al traerlas aquí pierden su poder”* (Informante Ghana).

La comunicación

La comunicación con el sanador africano es una conversación donde el enfermo no sólo informa escuetamente del síntoma sino que además manifiesta sus sentimientos de ansiedad, malestar, inquietud, desasosiegos etc. Habla de su padecimiento. Y refieren sus sensaciones emocionales entrelazadas con los síntomas somáticos porque no separan soma de psique. *“Aquí tienes mucho estrés, en África no hay estrés. Si lo tienes vas a un curandero y él te cuenta mediante parábolas experiencias de vida (aunque sea analfabeto), te va relatando historias semejantes a la tuya y con ello*

te va transmitiendo las posibles soluciones y sales tranquilo y contento y con solución a tu problema” (Informante Guinea Bissau)

La sabiduría ancestral africana está repleta de fábulas y alegorías que encierran enseñanzas prácticas, realzan valores de solidaridad y rechazan la maldad de comportamiento como el egoísmo. Son relatos orales que enseñan a vivir y a solucionar problemas.

Aquí, la demanda de comunicación con los profesionales de la salud es muy alta, la necesidad de comunicar queda frustrada en la medicina occidental. *“Cuando voy a la consulta del médico tengo sed de diálogo y cuando salgo de la consulta aún tengo más sed”* (Informante Benín)

El tratamiento

“Hay problemas que la medicina occidental no sabe curar” (Informante Ghana).

El tipo de problemas a que se refiere son trastornos psicosomáticos que se producen especialmente en personas que viven en situaciones de incertidumbre duraderas. Y que Atxtegui (Atxtegui, 2002) describe bien pero que muchas veces nuestra medicina de la “falta de tiempo” despacha con un ansiolítico que pretende tratar el efecto obviando las causas.

Para la sanación del malestar deben enfrentarse dos polos contradictorios. En uno, la incertidumbre derivada de la enfermedad y el padecimiento. En el otro, la seguridad en la sabiduría del sanador. La plena confianza en la sabiduría del sanador y sus consejos es fundamental en el proceso de curación.

El tratamiento de la biomedicina occidental se sigue con confianza, se reconocen sus altos grados de conocimiento. *“Por suerte gozo de buena salud y tengo médico de salud en España. La asistencia médica aquí no se puede comparar con mi país, es mejor incluso que en Estados Unidos. Aquí no tendría miedo de ingresar en un hospital, sí en mi país porque hay escasez de todo”* (Informante Uganda).

Pero manifiestan que esta medicina occidental no cura el espíritu. Los sentimientos de inseguridad y desasosiego se suavizan con el sanador tradicional capaz de escuchar y orientar, con quien se puede hablar largamente de lo que inquieta. Aquí les falta ese tipo de sanador. *“El problema es que aquí no han venido los curanderos más sabios,*

siguen viviendo en África. Aquí han venido los “buscavidas” les llamo yo. Han venido lo peor. Sólo lo hacen por dinero. Quieren aprovecharse, sin conocimiento. En África no pasa porque hay un colectivo de sabios que tienen un riguroso control y al farsante se le castiga fuerte.” (Informante Guinea Bisau).

El rol familiar con el enfermo

La enfermedad es el elemento extraño que rompe la coherencia de un mundo armónico. La enfermedad no solo es ruptura de armonía con la naturaleza, también de la armonía en la comunidad de personas, pues las relaciones sociales son parte integrante del todo armónico, por ello en el tratamiento entra en juego las relaciones con el grupo, para reforzarlas. *“Cuando estás enfermo el papel de la familia es fundamental. Hay una enorme cola de visitas. Aunque estés trabajando coges permiso y además te lo dan. Y si algún familiar no va es motivo de distanciamiento”.* (Informante Benín) *“La cantidad de gente que viene a verte cuando estás enfermo es enorme, viene toda tu familia y tus amigos. Vienen para decirte que te aprecian y que debes curarte porque ellos también sufren con tu enfermedad”.* (Informante Uganda)

En estas sociedades cuando alguien está enfermo los miembros de esa sociedad se movilizan priorizando las necesidades de acompañamiento al enfermo sobre los intereses individuales. Algo así sucede con las personas españolas de etnia gitana. Cuando una persona ingresa en un hospital implica que la persona está en un momento especialmente lábil de su existencia, por ello todos los miembros del colectivo se movilizarán paralizando su actividad para acompañar al enfermo. La vida individual entra en pausa y el movimiento sólo está alrededor del enfermo y de la familia más próxima.

El concepto de familia africana no es el de familia nuclear, demasiado reducido para ellos. El concepto de familia es familia extensa con lazos muy fuertes con familiares que según nuestra nomenclatura de familia serían de segundo o tercer grado y que ellos utilizan para esos familiares el vocablo hermano y con el mismo significado de relación de afecto que le damos nosotros. Además en varios lugares existe el matrimonio poligámico por tradición.

Cada sociedad ordena jerárquicamente sus valores. Hay sociedades que dan más importancia al individualismo (cultura occidental) y otras al colectivismo (culturas tradicionales). Las sociedades más tradicionales suelen ser más colectivistas, emocionalmente están más ligados al grupo y su comportamiento tiende a priorizar el interés por el grupo. La solidaridad es un valor importante en la sociedad africana. *“Es cuando caes enfermo cuando sabes lo que te aprecian tus compañeros de trabajo”*. (Informante Guinea Bissau).

CONCLUSIÓN. LOS HUMANOS NO TAN DIFERENTES AUNQUE CON DIFERENTES CULTURAS

La enfermedad es un universal en la humanidad. Todas las culturas buscan explicar el por qué de la enfermedad. La búsqueda de las causas naturales que originan las enfermedades es el motor de nuestro modelo científico. En culturas más tradicionales las personas buscan las causas en algo que le es cercano a su cosmovisión: fuerzas mágicas, brujería. Pero también en nuestra cultura hablamos de “mala suerte” (concepto mágico) de tal persona por haber cogido tal enfermedad.

Todas las sociedades tienen un lazo que liga la causa de la enfermedad con la sociedad y los comportamientos. Desde la biomedicina para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la gripe y desde el animismo para “el mal de ojo”, el “susto”, la brujería. Es iluso pretender desligar la enfermedad del contexto social.

La enfermedad es uno de los problemas fundamentales para todas las sociedades, por ello todas las sociedades tienen una larga historia de búsqueda de remedios para tratar la enfermedad y el sufrimiento. Todos realizamos un sincretismo entre la biomedicina científica y las creencias populares tradiciones populares buscando paliar el sufrimiento y la curación (Pascual Martínez R., 2001). Y es que son en los momentos críticos, frágiles, vulnerables de nuestra vida, como pasar por una enfermedad, cuando más necesitamos aferrarnos a lo conocido, a aquello que más nos incrusta con aquellas creencias y valores más antiguos, aquellas que nos ayudaron en la infancia a constituirnos como personas.

Todas las sociedades tienen sanadores. En unas sociedades actúan desde el conocimiento científico

co, cuyos logros son indiscutibles, y en otras desde el conocimiento derivado de la observación y la experiencia, es decir desde el intelecto, no desde la irracionalidad.

Las personas subsaharianas perciben la medicina occidental con respeto y admiración para tratar las enfermedades pero la encuentran deficitaria en relación a la atención a la persona en su totalidad. No difiere mucho de la percepción de la población autóctona.

Aunque los médicos de nuestra biomedicina son respetados y admirados, son los profesionales de Enfermería a los que se les percibe como más humanos, más cercanos a sus necesidades. *Los médicos aquí son muy profesionales, pero la gente más cercana, más humana con el enfermo es la enfermera, más que el médico. Lo contrario de lo que yo conozco de África*” (Informante Ghana)

BIBLIOGRAFÍA

- Atxtegui J. (2002) La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo, Barcelona.
- Gentil I (2006) Enfermería y personas de otras culturas. Cultura de los Cuidados, nº 19, 37-40.
- Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, Strickland (2007) American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minority and other Vulnerable Populations. Journal of Transcultural Nursing 18 (2), 95-102.
- Herman C. (2007) Culture, Health and illness. Fifth Edition. Oude Arnold, London.
- Leininger M. (1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Cultura de los Cuidados 6, 5-8.
- MTI. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración. Datos estadísticos a 6-10-2009. Disponible en <http://extranjeros.mtin.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/> [Consultado 19 febrero 2010]
- Nogales A. (2008) La empatía según Edith Stein. Cultura de los Cuidados 24, 119-133.
- Pascual Martínez R. et al., (2001) Pensamiento mágico y religiosidad en torno a la enfermedad: Manifestaciones simbólicas y rituales; función y significado. Cultura de los Cuidados 9, 49-62.
- Siles J. et al. (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.

ENFERMERÍA Y MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS. JUSTIFICACIÓN ANTROPOLÓGICA DE SU ESTUDIO

Daniel Gómez Pérez *, Domingo Palacios Ceña **

*Licenciado en Antropología Social y Cultural.

**Licenciado en Humanidades.



materialized in practice. To discuss the influence of culture in the health / disease / care, we must define what is meant by culture. It must take into account the relationship between subject and culture particularly in relation to the socialization of the subject. Hence the importance of the existence of a shared belief system.

Key words : Alternative therapies, cultural anthropology, traditional medicine, complementary therapies, transcultural nursing and holistic nursing.

ENFERMAGEM, TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS. JUSTIFICAÇÃO ANTROPOLÓGICA DO ESTUDO.

RESUMO

A atenção e a ação diante do processo saúde-doença é uma das chaves que caracteriza a enfermagem e o papel dos seus agentes na saúde. Concretamente, neste estudo procurou-se compreender o comportamento e estratégias dos pacientes e dos seus familiares (atores) face ao adoecimento. Este é um artigo de reflexão através de uma revisão dos autores sobre outros trabalhos antropológicos acerca da articulação do cuidado cultural na prática biomédica. A biomedicina limita a compreensão holística da enfermidade, a concepção da pessoa como um todo, o que difere da percepção limitada da pessoa como uma soma das partes. A propósito, a enfermeira reproduz em sua prática um mundo moral de valores próprios da sociedade à qual pertence e que se concretiza na prática. Para discorrer sobre a influência da cultura no processo saúde-doença, há que se definir o que se compreende por cultura. Há que se ter em consideração a relação entre sujeito e cultura, em especial no que tange à

ANTHROPOLOGICAL JUSTIFICATION FOR THE STUDY OF NURSING AND COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINES

SUMMARY

The attention and action in the process of health / disease care is a key that characterizes his role as nurse and health worker. In particular the study of health seeking behavior and observation of the strategies of patients (actors) on health and disease and its action as they or their family sick. This article is a reflection through a review of authors in other anthropological work on the articulation of cultural care in biomedical practice. Biomedicine holistic limited compression of the disease conception of the person as a whole than the sum of the component parts. Often the nurse plays in their practice a moral world of values of the society to which he belongs which is

socialização do indivíduo. Assim, mostra-se a importância da existência de um sistema de crenças compartilhado.

Palavras chave: Terapias alternativas e Complementares, antropología cultural, medicina tradicional, enfermagem transcultural e enfermagem holística.

RESUMEN

La atención y la acción ante el proceso de salud/enfermedad/atención es una de las claves que, caracteriza a la enfermera y a su papel como agente de salud. En concreto en el estudio del comportamiento de búsqueda de salud y la observación de las estrategias de los pacientes (actores) sobre la salud y la enfermedad y su acción cuando ellos o sus familiares enferman. Este es un artículo de reflexión a través de una revisión de los autores sobre otros trabajos antropológicos sobre la articulación del cuidado cultural en la práctica biomédica. La biomedicina limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. A menudo la enfermera reproduce en su práctica un mundo moral de valores propios de la sociedad a la que pertenece lo cual se materializa en la práctica. Para hablar de la influencia de la cultura en el proceso salud/enfermedad/atención, hay que definir que se entiende por cultura. Se ha de tener en cuenta la relación entre sujeto y cultura en relación sobre todo a la socialización del sujeto. De aquí la importancia de la existencia de un sistema de creencias compartido.

Palabras clave: Terapias alternativas y complementarias, antropología cultural, medicina tradicional, enfermería transcultural y enfermería holística.

INTRODUCCIÓN

El proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a) es una de las claves que caracteriza a la enfermera y a su papel como agente de salud. En múltiples ocasiones las personas enfermas y sus

familiares adoptan o realizan comportamientos, basados en creencias sobre la s/e/a destinadas a cubrir sus necesidades y problemas de salud. Necesidades y problemas que la medicina occidental puede no haber cubierto, solucionado o simplemente detectado como reales o potenciales de atender. El papel de las medicinas complementarias y alternativas surge ante esta falta o vacío en la atención. En estos casos ¿Cual es el papel de la enfermera? ¿Desde que perspectiva puede y debe acercarse la enfermera? La antropología puede y debe ser una de las claves para poder estudiar estos fenómenos. En concreto en el estudio del comportamiento de búsqueda de salud y la observación de las estrategias de los pacientes (actores) sobre la salud y la enfermedad y su acción cuando ellos o sus familiares enferman.

El propósito de este artículo fue reflexionar sobre la importancia de la articulación de los aspectos socioculturales en la relación entre enfermería y otras medicinas complementarias y alternativas. Este es un trabajo de reflexión a través de una revisión de los autores sobre otros textos de carácter socioantropológico. Los textos obtenidos de los documentos analizados fueron interpretados usando la lógica de análisis de datos de la investigación cualitativa. Fueron divididos en unidades de significados similares, agrupados y resumidos, para posteriormente desarrollar el presente documento.

Con este trabajo se pretende:

- Mostrar como la medicina occidental no es capaz de cubrir todos los aspectos del proceso salud/enfermedad / y atención (s/e/a).
- Explicar desde un punto de vista antropológico los factores culturales y sociales que caracterizan la adopción de unas estrategias específicas frente a la enfermedad.
- Describir los conceptos básicos a partir de los cuales se adoptan unos comportamiento de salud complementarios y alternativos.

DESARROLLO

El proceso de s/e/a debe ser estudiado a partir de las prácticas de los agentes, ya que cualquier experiencia con la enfermedad forma y construye unas estrategias determinadas, basadas en las cre-

encias de esos actores sobre el proceso s/e/a e influidas por la presencia o no de un sistema de atención médico previo.

Al curar, la medicina o biomedicina, como cualquier otro tipo de medicina genera ideología, y relaciones de poder ya que en muchos casos quizás se trata de crear un problema donde el paciente no lo percibe como problema, fruto de un proceso de medicalización (Menéndez, 2003): "...proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de procesos vitales que son parte de comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos acontecimientos ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas".

Elementos de análisis de las estrategias de las medicinas complementarias y alternativas (MCA).

¿Cuáles serían los conceptos más adecuados para la realización de este análisis? Es en este punto donde, la eficacia simbólica y su acercamiento a la subjetividad del agente/persona enferma surge como un elemento clave. Pues se tomaría como base la existencia y pertenencia entre los individuos de un mismo sistema compartido de creencias (Scheper-Hughes, 1997): "...En los viejos tiempos el pueblo no sabía lo que era la enfermedad. Ellos se metían en la cama y morían. Es sólo en nuestros días que estamos aprendiendo palabras como hígado, pulmón, ...intestinos, estómago... y no sé qué más... Y ahora todo el mundo está enfermo, todo el mundo se queja de algo. ¿Quién está enfermo en nuestros días?, ¿Quién está bien? Todo el mundo se queja, todos corren al médico. Ahora todo el mundo sabe qué es lo que es tiene mal... ¿lo saben?".

Pero ¿Qué es lo normal?, ¿Qué es lo patológico?...

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no es una mera ausencia de enfermedad, sino un completo estado de bienestar Físico,



Psíquico y Social del individuo. Una definición respaldada y formada a su vez por la cultura occidental a través de la medicina oficial, llamada biomedicina, ya que todo lo que recubre su accionar y su influencia remite a: su legitimación social oficialmente establecida, a un conocimiento institucionalizado, codificado o escrito, con formalidades varias pero con vigencia "universal".

Se definirá el concepto de biomedicina, también llamada medicina occidental o científica, como un concepto que designa a un sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas y de índole biológica (Comelles y Martínez, 1993). Además la biomedicina limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. Como señala Ivan Illich en su *Némesis Médica* (Illich, 1984): "En todas partes la medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la Ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. Sin embargo, la medicina occidental es la única que encubre esta realidad, basándose en fundamentos científicos que estarían exentos de evaluación moral".

En el mundo occidental se ha desarrollado a lo largo del tiempo un sistema sanitario biomédico, cosmopolita basado principalmente en una eficacia biológica y donde aparece como valor más característico la separación entre cuerpo y mente. Un modelo en el cual toda disfunción del individuo, sea cual sea, tiene una relación orgánica, todo tiene

una explicación y está correctamente tipificado. Existe una relación directa entre los signos y síntomas del paciente y un origen patológico concreto. Desde este punto de vista del “modelo explicativo”, se excluye del análisis o no se da importancia a determinados signos o síntomas que se consideran externos, no objetivos y sin ninguna relación con el proceso patológico. Si se pudiera resumir en una frase “Para los sanitarios occidentales, lo que para ellos no tiene nombre, es como si no existiera”. Pero es un modo de intervención legitimado por la cultura dominante, donde se excluye cualquier otra posibilidad terapéutica.

La explicación de la enfermedad y su etiología no pueden ser reducidas únicamente a un problema biológico o de disfunción o alteración orgánica del individuo. La enfermedad posee también un significado y un sentido dentro del contexto social y cultural del propio individuo y del grupo que le rodea. El modelo biomédico minimiza o incluso a veces niega la parte de la causalidad social y cultural en el origen de la enfermedad, y la práctica clínica actúa en este sentido en los agentes sociales como medida de control social como señalan diferentes autores (Menéndez, Illich o Foucault, entre otros). Según Menéndez (Menéndez, 1986): “...la Práctica Médica viene definida como el conjunto de características que conforman en el profesional de la salud, una estructura técnico ideológica que a su vez configura toda una amplia gama de estereotipos en los diferentes trabajadores de la salud, según su respectivo proceso socializador”.

Lo que se puede observar desde esta aproximación antropológica es que ese modelo basado en la eficacia biológica y evidentemente bien arraigado y estructurado dentro de nuestra cultura occidental, tiene como resultado ciertas cuestiones en el desarrollo del trabajo asistencial de la enfermera que en un trabajo de estas características podríamos señalar. Primera, que a menudo la enfermera reproduce en su práctica (y por ello se ve influida esta) un mundo moral de valores propios de la sociedad a la que pertenece lo cual se materializa en la práctica o en la relación terapéutica en un trato diferencial de unos pacientes a otros. Y en segundo lugar, en la relación enfermera-paciente la interacción se caracteriza por ser unidimensional analíticamente hablando ya que todo se mira desde el punto de

vista organicista, es unidireccional en el desarrollo comunicacional, porque se prima la postura del profesional frente a la negociación y la implicación del paciente en su propio proceso patológico y es unilineal desde la perspectiva terapéutica, puesto que se siguen únicamente líneas de tratamiento basadas en la eficacia biológica.

¿Tiene cabida en un sistema sanitario otra manera de ver esta asistencia sanitaria? Sí, otro modelo basado en la eficacia simbólica. Un modelo donde se tiene en cuenta aspectos como la biografía individual, la red de relaciones familiares y laborales, así como el conjunto de categorías culturales, valores, sistemas de creencias y costumbres del individuo. Un modelo donde no se hace distinción entre cuerpo y mente, donde se diferencian tres niveles: Disease-Biológico, Illness-Psicológico y Sickness-Social pero entre los cuales existe una interrelación que se podría expresar de la siguiente manera (Martínez, 1992): “En el individuo toda disfunción perceptible (disease) es traída a la conciencia individual (illness), la cual, mediante las herramientas (sistema simbólico) con los que ha sido dotado por su cultura, organiza este acontecimiento en un sistema de significación más o menos asequible para su reconocimiento y su resolución en un contexto social (sickness)”.

Este nuevo modelo defendería que “todo toma cierto sentido dentro de un contexto específico” (Un sistema de creencias compartido o sistema simbólico). Caracterizado principalmente por ser pluridimensional, en el sentido del análisis de la enfermedad, el proceso de comunicación es bidireccional, sobre la base de la negociación entre el profesional sanitario y el paciente y por último es un modelo que queda abierto a otras posibilidades terapéuticas.

Pero aunque se planteen como dos universos diferenciados en su análisis por un lado el universo cultural del paciente, y por otro el sentido del universo de la cultura biomédica, estos dos sistemas no son taxativamente diferentes ambos están imbricados, pero hay que tener en cuenta para el acercamiento que se parte de una premisa previa y es la posición de la enfermera como agente de la medicina convencional/oficial, el otro modelo se entiende sólo a través de la cultura occidental,

sometiendo así a la subalternidad a cualquier otra MCA, pero que de algún modo u otro todos esos sentidos están también medicalizados, por más que se acepte que puede haber y de hecho hay, como muestran los estudios realizados hasta ahora por la antropología médica crítica (y de sus máximos exponentes: Perdigüero y Menéndez entre otros) dimensiones del proceso s/e/a que no son tenidas en cuenta por la atención sanitaria oficial, por eso son y se definen como “alternativos”.

Para hablar de la influencia de la cultura en el proceso s/e/a, hay que definir que se entiende por cultura.

Menéndez (Menéndez, 2000) dice que: “...la antropología parece reconocer más la cultura en unos factores y procesos que en otros, y así mientras lo religioso y lo mágico aparecen aceptados unánimemente como fenómenos culturales, no pasa lo mismo con una parte de los factores referidos a los campos educativo, jurídico o de la salud”.

Además propone que: “La definición y uso de los factores/procesos culturales en investigación y en investigación/acción deben construirse a partir de la especificidad de los problemas y no desde la generalidad de la “cultura”... lo cultural debe surgir de los procesos puntuales que nos interesa comprender y que pueden referir al cáncer, sida, alcoholismo o susto, o a la muerte y la mortalidad o respecto de las acciones terapéuticas de un chamán o de un especialista que opera en el tercer nivel de atención biomédica...”.

“El significado de lo cultural debe observarse en los procesos específicos -en nuestro caso a través del proceso de salud/enfermedad /atención-, y en los usos de lo cultural. Lo que prevalece en la situación actual es la negación de lo cultural por parte de la biomedicina, más allá de que la reflexión teórica proponga reiteradamente su recuperación. En la actualidad, la tendencia real de los servicios de salud es limitar la palabra subjetiva/cultural del paciente, y la de las escuelas de medicina a imponer una formación casi exclusivamente biologicista de los profesionales de atención de la enfermedad”.

Se ha de tener en cuenta que la relación entre sujeto y cultura en relación sobre todo a la socialización del sujeto. Ya que como vuelve a exponer

Menéndez (Menéndez, 2000): “El sujeto se constituye en gran medida, a través de su cultura y lo cultural formaría parte de la estructura profunda e inconsciente de su subjetividad”. De aquí la importancia de la existencia de un sistema de creencias compartido: “Actualmente asumimos que los factores culturales están presentes no sólo en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, sino que están presentes en las formas de diagnóstico y tratamiento de los curadores, incluidos los biomédicos, y que una de las tareas de la denominada antropología clínica no sólo es reconocer esto, sino contribuir a la descodificación de los factores culturales que operan en la relación médico/paciente”.

La base fundamental de esta relación médico paciente es un sistema de creencias compartido, porque como dice Claude Levi Strauss en su texto sobre El hechicero y su magia, La eficacia de los símbolos mágicos (Levi Strauss, 1987): “... de alguna manera la enferma cree, porque es miembro de una sociedad que cree”.

CONCLUSIONES

La sociedad occidental esta influenciada por un marco ideológico que se ha ido creando y desarrollando a lo largo de la historia y que sobre la base de esta legitimidad cultural se ven influenciados muchos factores de la vida, incluido nuestro modelo asistencial sanitario. Aparecen dos modelos, (biológico/simbólico), ninguno de los dos es excluyente. El modelo biomédico sirve para llevar un orden lógico y tener una manera estructurada de trabajar, pero a este sistema de trabajo se debe incorporar el modelo simbólico. La dimensión simbólica no es una dimensión cerrada, si no como otra forma de ver las cosas desde más puntos de vista y teniendo en cuenta muchos más factores que rodean al individuo y que pueden mejorar y dar otra luz a la articulación biológica. No se trata de elegir un modelo u otro a la hora de trabajar, pero sí de interrelacionar los dos modelos en la práctica asistencial. Acoplar al modo explicativo de trabajar, otra forma de ver al individuo y su problema desde el punto de vista antropológico, entender que cada individuo es un “yo y sus circunstancias” como dijo Ortega (Ortega y Gasset,

1984):“...recuerden ustedes que mi circunstancia se compone sólo de lo que existe para mí, sólo eso forma parte de mi vida y sólo lo que forma parte de mi vida existe”, y ver a la persona en su contexto.

Entender al otro y a su proceso lleva asociado saber escuchar y percibir como la persona enferma es más que un conjunto de signos y síntomas, que tiene un papel, un entorno y que a su vez es un agente que influye y se deja influir por diferentes estrategias en el proceso de salud enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comelles, JM; Martínez, A. (1993) Enfermedad, Cultura y Sociedad. 1ª ed. Madrid: Eudema.
- Illich, I. (1984) Némesis médica: la expropiación de la salud. México: Planeta.
- Lévi- Strauss, C. (1987) Antropología Estructural. Barcelona: Paidós Básica.
- Martínez, A. (1992) Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo analítico y terapéutico de asistencia sanitaria. Revista ROL Enfermería. (172), 61-67.
- Menéndez E. (2000) Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (año) Medicina y Cultura: Estudios entre la antropología y la medicina. 1ª ed. Barcelona: Bellaterra 163-188.
- Menéndez, E. (2003) Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. [Ciênc. saúde coletiva [edición digital] 2003;8(1):185-207.] Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. [accessed Consultado el 18.07.2008].
- Menéndez, E. 1986. Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos, R., Antropología Médica en México. México: Instituto Mora/UAM.
- Ortega y Gasset, J. (1984) ¿Qué es el conocimiento?. Madrid: Alianza Editorial.
- Scheper-Hughes, N. (1997) La muerte sin llanto. Barcelona: Ariel.



TEORÍA Y MÉTODO

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE CRIANÇAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL EM HEMODIÁLISE

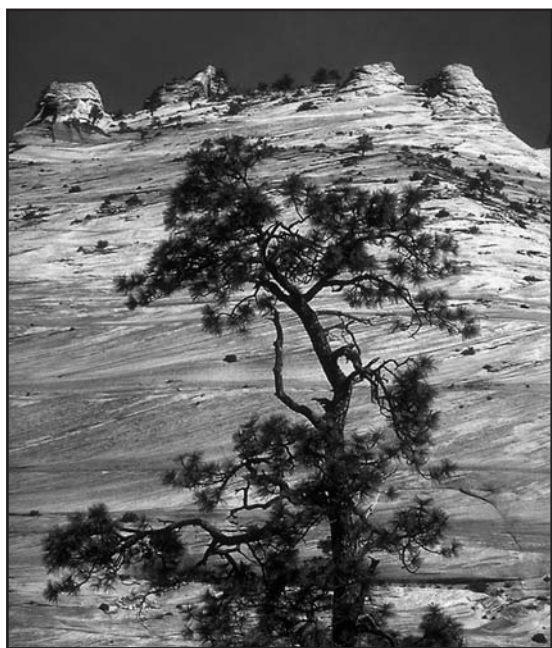
Vanessa Castro Pinheiro Gomes¹, Grazielle Roberta Freitas da Silva², Cristiana Brasil Rebouças de Almeida³, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa⁴

¹Enfermeira.

²Doutora. Docente da Universidade Federal do Piauí campus Senador Petrônio Portela-Teresina, Piauí, Brasil.

³Doutora. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão, Quixadá, Ceará, Brasil.

⁴Doutora. Docente da Universidade Federal do Paraíba, Brasil.



ANALYSIS OF RESEARCH IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY SUBMITTED TO HEMODIALYSIS

SUMMARY

It consists in a descriptive and document study through a bibliographic research carried out in the Virtual Health Library - BIREME site, about children with renal failure on hemodialysis. The first

step of this study consisted in the literature researches of articles about the subject described, written in the times of 2008 to catch the most recent issues published on this topic. Using the following criteria to search the site above - descriptor: "hemodialysis"; age group: "children", language: Portuguese and English - were found 54 articles. From these ones, after accomplishing an exploratory reading of the in this study, remained 18 articles. Based on these last ones, we proceeded to the selection of information that resulted in the developing of this text, which was planned according to the identification of key health areas of working, listing the main journals studied, specification of the main topics discussed and a description of the main types of studies carried out.

Key words: Children. Renal failure. Renal Dialysis.Nursing.

ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LOS NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL EN HEMODIÁLISIS

RESUMEN

El objetivo fue analizar la producción científica sobre los niños con insuficiencia renal en hemodiálisis en 2008 y 2009. Estudio descriptivo, documental, llevado a cabo mediante investigación en la Biblioteca Virtual en Salud -

BIREME. Se utilizaron los siguientes criterios: descriptor "hemodiálisis"; grupo de edad: niños; idiomas: portugués e inglés. Se han encontrado 54 artículos en la base de datos MEDLINE. Después de la lectura exploratoria del tema propuesto, fueron seleccionados 18 artículos. Se ha realizado un análisis, que fue planeado de acuerdo con el grado de relevancia del estudio, año de publicación; lista de las principales revistas; identificación de las esferas de la salud actuantes; especificación de los temas centrales y descripción de los tipos de estudios. Se concluye que existen pocos estudios sobre el tema. Existe la necesidad de estimular a los profesionales de la salud a participar mientras al tratamiento de hemodiálisis en niños, especialmente la enfermería que poco se ha detenido al tema.

Palabras clave: Niño. Insuficiencia renal. Diálisis Renal. Enfermería.

RESUMO

O bjetivou-se analisar a produção científica acerca de crianças com insuficiência renal em hemodiálise em 2008 e 2009. Estudo descritivo, documental, realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde- BIREME. Foram utilizados os seguintes critérios: descritor "hemodiálise"; faixa etária: "crianças", idiomas: português e inglês. Foram encontrados 54 artigos na base de dados da MEDLINE. Após leitura exploradora do tema proposto foram selecionados 18 artigos. Procedeu-se a análise, a qual foi planejada segundo o grau de relevância do estudo; ano de publicação; listagem dos principais periódicos; identificação das áreas de saúde atuantes; especificação dos temas centrais e descrição dos tipos de estudos realizados. Concluiu-se que são poucos os estudos envolvendo a temática. Há necessidade de estimular os profissionais da saúde a envolverem-se a respeito do tratamento da hemodiálise em crianças, especialmente a enfermagem que pouco se ateu na temática.

Palavras chave: Criança. Insuficiência renal. Diálise Renal. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Quando os rins deixam de realizar sua função vital, a principal consequência é a insuficiência renal. Isto ocorre quando substâncias geralmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais, em consequência da excreção renal comprometida e geram alterações nas funções endócrinas e metabólicas, bem como distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico, classificando a insuficiência renal em aguda ou crônica (Smeltzer & Bare, 2005).

A insuficiência Renal Aguda (IRA) é causada por uma perda súbita e quase completa da função renal por um período de horas a dias, geralmente reversível, porém gerando desequilíbrio hidroeletrólítico e acúmulo de toxinas (Cotran, Kumar & Collins, 2000). Já a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual gera um desequilíbrio hidroeletrólítico e metabólico, resultando em uremia ou azotemia (retenção de uréia e outros produtos de degradação nitrogenados sanguíneo no sangue) (Smeltzer & Bare, 2005).

Com a insuficiência renal instalada, buscam-se tratamentos para minimizar suas alterações, a saber: transplante renal, que é considerado definitivo; diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal automatizada (APD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e hemodiálise (HD), que são tratamentos paliativos (Smeltzer & Bare, 2005).

Portanto, a HD é um processo de remoção de solutos que ocorre predominantemente por difusão, e se refere ao movimento dos solutos do compartimento sanguíneo para o compartimento do dialisato, por meio da membrana semipermeável (Goldman & Ausiello, 2005). O segundo mecanismo de transporte de soluto, também importante na hemodiálise, que ocorre através da membrana semipermeável é a ultrafiltração. Nesse processo, solutos de micro moléculas são carreados juntamente com a água pela membrana celular impulsionada pela pressão hidrostática, exercida pelo movimento da água do sangue para o dialisato, e pela força osmótica (Daugirdas & Blake, 2003).

A hemodiálise acontece por meio de uma máquina constituída basicamente de uma bomba que promove a circulação sanguínea extracorpórea e de um sistema paralelo responsável pelo fluxo da

solução de troca que banha as membranas do dialisador (Riela, 2003). O dialisador é uma caixa ou tubo com quatro entradas, no qual duas se comunicam com o compartimento sanguíneo e duas com o compartimento do dialisato. Sendo que a membrana semipermeável separa os dois compartimentos permitindo a difusão e ultrafiltração do sangue (Daugirdas & Blake, 2003).

Ao retomar a insuficiência renal percebe-se que essa patologia também atinge crianças. E o diagnóstico precoce, em alguns casos, pode evitar tratamentos prolongados como diálise e posterior transplante renal (Brasil & Schwartz, 2005). A causa mais freqüente na infância de insuficiência renal são as malformações congênitas, principalmente as uropatias obstrutivas, dentre elas as principais são: bexiga neurogênica, refluxo vesico-ureteral e a válvula da uretra posterior (Soares et al., 2005).

A primeira opção para o tratamento dialítico em crianças com insuficiência renal aguda ou crônica é a diálise peritoneal, pois os cateteres de Tenckhoff, de silicone e com pequeno anel de dacron, têm permitido a manutenção dessa clientela em diálise peritoneal por períodos de até seis anos, com um único cateter. No entanto, por vezes, a utilização do peritônio torna-se impossível, particularmente naquelas com uropatias obstrutivas submetidas a cirurgias prévias. Nesses casos, a opção seguinte é a hemodiálise. Porém, o maior entrave para a realização deste método terapêutico em crianças é, sem dúvida, um acesso vascular pérvio que permita fluxo de sangue adequado para passagem na máquina de diálise (Soares et al., 2005).

Se o diagnóstico for tardio, poderá haver complicações como perda progressiva da função renal em graus variados. Em caso de perda funcional e global dos dois rins, torna-se necessário o tratamento dialítico e posterior transplante renal (Brasil & Schwartz, 2005).

Portanto, a assistência a crianças com doenças crônicas, especialmente na hemodiálise, exige dos profissionais de saúde conhecimento amplo e aprofundado para o desempenho de habilidades técnicas e científicas, com a finalidade de compreender a criança em sua subjetividade, ambiente e família, especialmente na hemodiálise (Rocha & Santos, 2009). A preocupação com o contexto no qual a

criança está inserida se faz importante especialmente na HD, pois este modifica sua rotina para um ambiente hospitalar. A execução da hemodiálise requer da equipe de enfermagem uma constante observação dos sinais e sintomas apresentados, dos recursos tecnológicos e humanos, competência para fazer julgamentos clínicos e tomar decisão para a resolução de ocorrências e/ou minimização de suas conseqüências (Paula, Nascimento & Rocha, 2009).

Apesar de existir várias divulgações científicas, a mais comumente aceita, formalizada e atualizada são as revistas científicas. Com isso, percebe-se nos últimos anos aumento crescente nas publicações, parecendo existir relação com aumento de incentivos à pesquisa, aumento no número de cursos de pós-graduações no país, e criação de sistemas eletrônicos de comunicação, advindos com a evolução vertiginosa da informática, como os banco de dados on-line e revistas eletrônicas.

Trabalhos dessa natureza, com busca ativa de artigos científicos, podem apontar possíveis lacunas nas pesquisas, bem como direcionar a assistência de enfermagem para um cuidar cada vez mais científico no âmbito da nefrologia, apontando tendências e evidências clínicas. Assim objetivou-se: analisar a produção científica a respeito de crianças com insuficiência renal em hemodiálise no ano de 2008 e 2009.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e documental realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica. O estudo descritivo refere-se à descrição de características de uma determinada população, por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como: o questionário e a observação sistemática (Gil, 2002).

Para uma análise mais atualizada, foi adotado como fontes artigos publicados e disponibilizados na íntegra e indexados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) em todos os seus bancos de dados no ano de 2008 e 2009. Esses anos foram selecionados para contemplar os artigos mais recentes. A busca se deu no site da BIREME assim definido, pois é um centro especializado da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que tem a colaboração do Ministério de Saúde e da

Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Com a consolidação da internet, a BIREME passou a ser o meio principal de produção das fontes e fluxos de informação científica e técnica, cuja missão é contribuir para o desenvolvimento da saúde fortalecendo e ampliando o fluxo de informação em ciências da saúde.

Foi realizado no período de novembro/2008 a março/2009, usando a internet, em consulta direta ao site da BVS-BIREME. Porém, para discussão dos dados foi realizado também levantamento da literatura complementar pelo acervo on-line do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, bem como livros em acervo pessoal e em bibliotecas de universidades públicas e privadas.

Adotaram-se os seguintes critérios para a busca: descritor “hemodiálise”; faixa etária “crianças”; idioma “língua portuguesa e inglesa” e recorte temporal acima descrito. Após essa seleção, obteve-se um total de 54 artigos, todos concentrados na base de dados da MEDLINE, no qual seus resumos foram impressos. Posteriormente iniciou-se a análise de cada artigo, por meio de duas leituras consecutivas realizadas pela pesquisadora. A primeira constou de uma leitura fluente referente ao título e resumo.

Como critério de exclusão foi desconsiderado temas que se referiram a outros tipos de tratamento como transplante renal ou diálise peritoneal, faixa etária acima de 12 anos e inferior a 6 anos de idade infantil, artigos que não se enquadraram no recorte temporal pré-determinado ou aqueles em outro idioma que não o português e o inglês.

Em seguida, procedeu-se a segunda leitura dos artigos que ocorreu de forma mais acurada, com o artigo na íntegra. Cada artigo nesse instante foi codificado com um número arábico, à medida que forem sendo lidos, ou seja, o primeiro foi codificado pelo número um (1) e assim sucessivamente.

Somente foi iniciada a leitura do próximo artigo quando o anterior fosse lido no mínimo duas vezes e analisados segundo o instrumento de coleta. Esse instrumento foi adaptado a partir de um modelo de avaliação de Bezerra (2007), composto dos seguintes itens: nome do periódico; ano de publicação; título do artigo/resumo; autor (es); tema de estudo; objetivo; tipo de pesquisa e princi-

pais resultados. Os dados encontrados foram demonstrados em tabelas e analisados por meio da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos dados, encontrou-se inicialmente 54 artigos correlacionados ao tema proposto. Destes, todos se enquadraram na base de dados da MEDLINE, não havendo publicações em outras bases. Após criterioso inquérito realizado entre os artigos encontrados, tomando por base no que foi estabelecido anteriormente, foram excluídos 36 artigos (Tabela 1), restando 18 artigos para serem analisados.

Tabela 1
Artigos científicos segundo grau de relevância ao estudo.
São Luís-MA, 2009.

GRAU DE RELEVÂNCIA	N	%
Relevantes ao estudo	18	33,3
Não relevantes ao estudo	36	66,7
TOTAL	54	100,0

O estudo buscou a relação de crianças com insuficiência renal que realizavam hemodiálise, pois em pacientes pediátricos a frequência é maior para a realização da diálise peritoneal, devido à eficiência do clearance. No entanto, é relevante que a escolha do tratamento para crianças dependa de uma avaliação criteriosa, pois assim como no adulto, o clearance, o modelo cinético e a adequação da diálise devem ser individualizados.

No entanto, como se vê são poucos os estudos realizados para essa população no tratamento de hemodiálise (33,3%), pois as crianças têm indicações e complicações únicas, cujo tratamento se torna complexo e cuidadoso. Devido a isso, a primeira opção para o tratamento dialítico em crianças com insuficiência renal aguda ou crônica é, constantemente, a diálise peritoneal (Daugirdas & Blake, 2003).

Nessa perspectiva, a grande limitação para hemodiálise em pacientes pediátricos é o acesso vascular, pois os mesmos possuem pequenos vasos. Porém, literaturas demonstram que em crianças acima de 7 anos essa realidade vem mudando tendo apenas 9% das crianças em diálise peritoneal (Riyuzo et al., 2000).

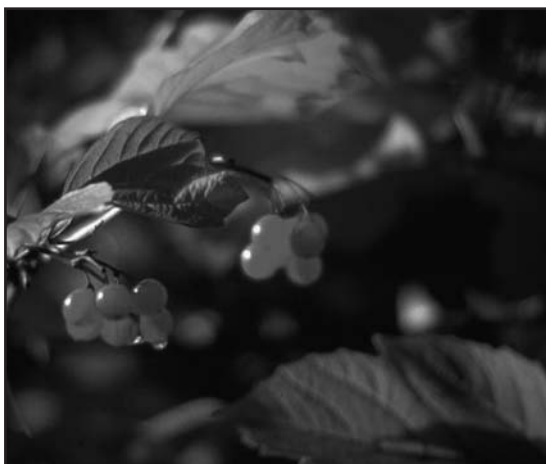
Tabela 2

Características das publicações quanto seu ano de publicação e o país de origem. São Luis-MA, 2009.

ANO DE PUBLICAÇÃO	INGLÊS		PORTUGUÊS	
	N	%	N	%
2008	17	94,5	-	-
2009	01	5,5	-	-
TOTAL	18	100,0	-	100,0

Durante a pesquisa, dos artigos encontrados, percebeu-se não haver recentes publicações com esse tema em língua portuguesa, logo só foram encontradas publicações no idioma inglês. Observando a Tabela 2, a maior produção científica sobre a temática (94,5%) se concentrou no ano de 2008. Acredita-se que o ano de 2009 esse número ainda se apresenta ínfimo (5,5%) devido o mesmo ainda não ter finalizado e visto que uma produção de relatório de pesquisa requerer tempo.

A insuficiência renal mantém mais de um milhão de pessoas vivas devido à terapia renal substitutiva. As estatísticas revelam que 500 milhões de pessoas sofrem de problemas renais e 1,5 milhão delas estão em diálise. E ainda que uma em cada dez pessoas no mundo sofre de doença renal crônica. Portanto, a hemodiálise é uma modalidade terapêutica que proporciona certa qualidade de vida, mesmo com sua incapacidade renal. E por isso, ser tão importante seus estudos e pesquisas, bem como tais estudos estarem prioritariamente na língua inglesa, que é um idioma universal (Riela, 2003).



Dessa forma, países de todo o mundo realizam pesquisas nesse âmbito, tentando aprimorar seus conhecimentos, métodos e técnicas, além dos cuidados e das complicações a criança renal. Para melhor caracterização dos artigos selecionados, conforme a Tabela 3, pode-se observar a distribuição das publicações dos artigos segundo o periódico.

Tabela 3

Distribuição das publicações segundo o periódico no período de 2008 e 2009. São Luis-MA, 2009.

PERIÓDICOS	N	%
Pediatric Nephrology	6	34,0
American Journal of Kidney Diseases	2	11,0
Journal of Renal Nutrition	2	11,0
Int Urol Nephrol	1	5,5
Journal Pediatric Surgery	1	5,5
Nephrology Nursing Journal	1	5,5
Nephrology Dialysis Transplantation	1	5,5
Minerva Medica Copyright	1	5,5
Pakistan Journal of Biological Sciences	1	5,5
Pediatric Neurosurgery	1	5,5
Pediatrics	1	5,5
TOTAL	18	100,0

O tema abordado ainda é pouco discutido em periódicos no Brasil, tendo em vista a carência de publicações atualizadas acerca da temática nos periódicos nacionais. Por outro lado, a matéria vem sendo amplamente discutida em outros países, em especial nos Estados Unidos, onde se concentrou 34% das publicações referentes ao tema na revista *Pediatric Nephrology*. Esta revista é um periódico publicado pelo International Pediatric Nephrology Association, que divulga as mais recentes pesquisas clínicas e/ou laboratoriais, assim como importantes observações clínicas advindas da variedade de doenças agudas e crônicas que afetam as funções renais em crianças. Trata-se de uma revista conceituada na área com editoração na Inglaterra, classificada como B1 segundo classificação QUALIS/CAPES, sistema de avaliação das revistas científicas aqui no Brasil.

Todos os artigos deste estudo foram disponíveis na íntegra, sendo avaliados por predomínio da área de saúde de cada estudo. Nesse contexto, encontrou-se o predomínio da Medicina com 74,5%, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4
Distribuição das publicações segundo área de estudo.
São Luis-MA, 2009.

ÁREA	N	%
Medicina	15	74,5
Enfermagem	1	5,5
Nutrição	1	5,5
Odontologia	1	5,5
TOTAL	18	100,0

Os cuidados com paciente renal, inclusive com crianças, na área da hemodiálise, recebem atenção de uma equipe multiprofissional que deve ser, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), formada por no mínimo dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros nefrologistas, um assistente social, um psicólogo e um nutricionista (Brasil, 2000). Nos procedimentos de diálise pediátrica são permitidos o acompanhamento de um membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico devido sua faixa etária (0 a 12 anos completos). E os mesmos, ainda, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico, especialidade necessária para esse público (Brasil, 2000).

Já a enfermagem em nefrologia é baseada no cuidado holístico, no qual o diagnóstico e o tratamento são aplicados de acordo com as necessidades individuais de saúde. E, na consulta de enfermagem, é possível identificar tais necessidades, para então implementar medidas adequadas para cada criança (Lima, 2004).

Por meio das ações de enfermagem, o enfermeiro encontra relações entre o homem e o ambiente, a fim de incorporar novos conhecimentos no processo instrucional. Portanto, no setor da hemodiálise a enfermagem tenta identificar possíveis complicações decorrentes da doença, desenvolvendo ações educativas de promoção, prevenção e tratamento (Oliveira et al., 2007).

Quanto ao tipo de estudo, os artigos se concentraram principalmente em pesquisas qualitativas, mais da metade dos artigos publicados, restando 7 artigos (39%) descritos por estudo quantitativo e um de revisão bibliográfica. A pesquisa tem por objetivo fundamental descobrir respostas para problemas, por meio de procedimentos científicos. E o método qualitativo originou-se no âmbito desta

ciência, para atender às suas peculiaridades, visto que nem sempre os fenômenos do mundo social e psicológico podem ser adequadamente quantificados (Gil, 2002).

Logo, acredita-se que a temática leva a muitas reflexões e afeta direta e indiretamente o subjetivo da criança e de seus familiares, sendo que para estudar essas questões o estudo qualitativo, em sua vasta tipologia é a metodologia mais adequada para tal.

Deste total, três foram estudos de casos, quatro utilizaram questionários, uma revisão de literatura e três abordaram dados em prontuário. Os demais realizaram acompanhamento junto aos pacientes, com autorização de seus responsáveis, para expor perspectivas de saúde da vida do paciente pediátrico renal.

Já na Tabela 5, encontram-se estudos nas temáticas encontradas: Crescimento e desenvolvimento das crianças renais e o envolvimento dos pais e família; Avaliação de volume sanguíneo, água, pressão arterial, frequência cardíaca e função ventricular esquerda; Cateter vascular; Sistema de hemodiálise; Fistula átrio-ventricular; Manobras para o Líquido Cefalorraquidiano; Gasto energético baseado na função tireoidiana; Fluxo Oral salivar e; Presença de *Helicobacter pylori*.

Tabela 5
Relação sobre os principais temas abordados.
São Luis-MA, 2009.

TEMÁTICAS	N	%
Crescimento e desenvolvimento das crianças renais e o envolvimento dos pais e família	3	16
Avaliação de volume sanguíneo, água, pressão arterial, frequência cardíaca e função ventricular esquerda	3	16
Cateter Vascular	3	16
Sistema de hemodiálise	3	16
Fistula átrio-ventricular	2	12
Manobras para o Líquido Cefalorraquidiano	1	6
Gasto energético baseado-se pela função tireoidiana	1	6
Fluxo Oral salivar	1	6
Presença de <i>Helicobacter pylori</i>	1	6
TOTAL	18	100,0

Uma das principais temáticas abordadas foi a respeito do crescimento e desenvolvimento da

criança (16%), no qual se constatou como principal resultado o retardo no crescimento. A participação dos pais na adesão das crianças à rotina e restrições da doença e do tratamento impõe incertezas sobre a vida de seus filhos, bem como as necessidades básicas afetadas pelo tratamento, especialmente pelas condições de ambiência que realizam suas terapias. Na Turquia, as crianças preferiam ser cuidadas em hospitais com unidades diferentes das unidades de adultos, como mostrado no estudo de Ensari (2008).

A insuficiência renal é uma condição grave que pode afetar o desenvolvimento infantil, a escolaridade, o bem estar social e emocional. No Brasil, os dados estatísticos são escassos, não se conhecendo a extensão da população afetada. Estima-se que 1,5% da população na faixa etária entre 0 e 19 anos tenham doença renal crônica dialítica, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Segundo Ribeiro e Rocha (2007), uma doença crônica na infância, como a insuficiência renal, afeta o funcionamento do corpo da criança em longo prazo. Portanto, requer uma assistência mais especializada dos profissionais, pois esta condição limita atividades diárias, causando repercussão no processo de crescimento e desenvolvimento afetando o cotidiano familiar. Os enfermeiros, em especial, são os profissionais que mais se preocupam com a assistência a família de criança com doenças crônicas.

Quando a doença crônica é a insuficiência renal, entre outros tratamentos, a hemodiálise (HD) é uma modalidade apropriada para crianças e famílias incapazes de fornecer tratamento domiciliar confiável. Logo, crianças em HD convivem com cateteres entrando e saindo da pele, assistem o seu sangue circulando fora do corpo e aprendem que é necessária a presença de uma máquina, suporte de vida externo, para o bom funcionamento orgânico. Nesse aspecto, dialisar significa por a própria vida nas mãos de uma equipe de saúde e, mais ainda, depender de uma máquina que, apesar de salvar e promover qualidade de vida limita e restringe o tipo de vida que se pode ter, retirando-as, muitas vezes, de suas atividades cotidianas (Bellodi, Romão & Jacquemin, 1997).

O corpo humano é composto por substâncias orgânicas e inorgânicas, balanceadas por difusão e

osmose nos rins. Quando realizado pela hemodiálise, ocorre também a ultrafiltração, bem como todo o controle e avaliação de volume sanguíneo, hídrico, pressórico, da frequência cardíaca e função ventricular (Riela, 2003). Devido sua grande importância, possivelmente compreender a ocorrência de 16% da produção científica encontrada.

Estão abordados também na Tabela 6, no pamar dos mais comentados, os artigos que discutem mais diretamente sobre a hemodiálise, que são: cateteres vasculares (16%), sistema de hemodiálise (16%) e fístula átrio-ventricular (12%).

Como se pode observar, a hemodiálise é um procedimento muito delicado, que implica na purificação do sangue com uso de tecnologia mecânica, no qual a saída ocorre por acesso vascular.

No caso das crianças, esse tratamento é ainda mais delicado e perigoso, pois o acesso vascular de uma criança é a grande limitação e o maior entrave para a realização da hemodiálise bem-sucedida, pois ela possui pequenos vasos, exigindo dos cirurgiões habilidade e experiência (Daugirdas & Blake, 2003). Além disso, é necessário uma via de acesso pérvia que permita fluxo de sangue adequado para passagem na máquina de diálise (Soares et al., 2005).

O acesso inicial ao sistema vascular é habitualmente obtido com a colocação de cateteres intratriais, com duplo lúmen, introduzido através da veia subclávia ou das veias jugulares. E como última opção resta à fístula arteriovenosa. Embora esse recurso seja universalmente utilizado em adultos, na criança, o reduzido calibre dos vasos dificulta a obtenção de fístulas viáveis. Acredita-se que isso tenha influenciado a variedade de estudos dessa natureza (Riela, 2003).

Na área da nefrologia, há vários temas relacionados com a doença renal em si, porém, uma criança não é isoladamente uma portadora de insuficiência renal, ela pode ter também outras doenças correlacionadas, e os demais estudos abordam justamente temas de caráter mais específico e isolado que somados concentraram um total de 40% dos assuntos.

Segundo Grillo e Silva (2003), crianças com defeito no tubo neural podem apresentar, entre outros, insuficiência renal e hidrocefalia. No estu-



do de Manning et al (2008) foi abordado a diálise e o diagnóstico de hidrocefalia. Elas, portanto, desenvolvem a necessidade de drenagem do líquido cefalorraquidiano das válvulas cerebrais e paralelamente a depuração sanguínea na hemodiálise.

O tratamento mais comum para a hidrocefalia é a chamada derivação, no qual um tubo de plástico inserido inteiramente dentro da pele cria uma nova via para o líquido a outra parte do corpo. A derivação mais comum é a ventrículo-peritoneal, na qual a válvula retira o excesso de líquido cefalorraquidiano do compartimento cerebral e direciona ao peritônio. Com isso, torna-se difícil realizar por meio do peritônio a depuração do líquido e do sangue simultaneamente, sendo, provavelmente por essa circunstância a indicação da hemodiálise (Martins et al., 2009).

Outro estudo, que foi analisado, intitulado “Fluxo Oral salivar e características de um grupo de crianças e adolescentes brasileiros com insuficiência renal crônica” (Martins, Siqueira & Primo, 2008), abordou-se o estado bucal e salivar de 30 crianças e adolescentes que sofrem de insuficiência renal crônica (IRC) em hemodiálise, comparando os parâmetros associados com as de 30 clinicamente saudáveis, sem histórico de doenças crônicas. Os autores encontraram crianças que apresentava IRC em hemodiálise e manifestações orais associadas a doença, bem como um fluxo salivar alterado antes das hemodálises (Martins, Siqueira & Primo, 2008).

E ainda o estudo “Achados endoscópicos e *Helicobacter pylori* em crianças com longo tempo em hemodiálise” (Mortazavi & Rafeey, 2008),

envolvendo a prevalência de sintomas gastrointestinais, anormalidades endoscópicas, histologia da gastrite e infecção de *Helicobacter pylori* em crianças com doença renal em longa manutenção de hemodiálise.

É importante a avaliação gástrica, especialmente ao que se refere a essa bactéria *H. pylori*, pois ela é um dos critérios de exclusão no caso de transplante renal, e todo paciente hemodialítico é um possível receptor (Silva Neto, 2006).

Por último teve-se o estudo sobre gasto energético (Aquino et al., 2008), no qual houve a comparação de crianças renais e crianças saudáveis, concluindo que as crianças e adolescentes em hemodiálise são caracterizadas por uma redução da massa corporal magra e diminuição na massa corporal gorda em meninas. O gasto energético normal foi encontrado nestas crianças, na medida em que a gasto energético de pacientes em hemodiálise eram semelhantes à de indivíduos de controles saudáveis. Portanto, a atual recomendação para o gasto de energia é adequada clinicamente para pacientes pediátricos estáveis em hemodiálise.

E na hemodiálise tem-se uma equipe especializada, no qual o profissional enfermeiro se enquadra. Ele possui um papel importante dentro da equipe de saúde na área da Nefrologia, pois é responsável pela avaliação, planejamento, organização, supervisão e execução das atividades diárias da equipe de enfermagem durante o tratamento dialítico, considerado de alta complexidade. Outra atribuição deste profissional é o atendimento geral aos pacientes e seus familiares tendo como base o código de ética da profissão e a legislação e normas vigentes. Supervisiona o reuso do capilar (rim artificial) para o tratamento hemodialítico, especialmente o pediátrico, descarte de material usado, dentre várias outras atribuições. Além disso, é o enfermeiro nefrologista, pode realizar os primeiros atendimentos em caso de emergência ou parada cardiorrespiratória (Silva & Thomé, 2009).

Com tantas atribuições relevantes e de alta complexidade, é válido que este profissional se aperfeiçoe e aprimore cada vez mais seus conhecimentos na área atuante. Logo, essa temática se faz carente de pesquisadores enfermeiros, principalmente sabendo que ele tem uma atuação clínica altamente especializada e essencial (Silva & Thomé, 2009).

CONCLUSÃO

O estudo apresentou 18 artigos correlacionados a problemática, abordando: a importância do laço afetivo da criança com os pais ou responsáveis no seu desenvolvimento e crescimento; processo da hemodiálise no que concerne ao volume de sangue, água, pressão arterial e frequência cardíaca, bem como, o procedimento, envolvendo desde o regime de hemodiálise, até seu acesso por cateter ou fístula. Além disso, perceberam-se temas relacionados a outras alterações, como o acúmulo de líquido cefalorraquidiano, aumento de fluxo oral salivar e o gasto energético de crianças em tratamento hemodialítico.

Esta pesquisa veio mostrar que é amplo o assunto abordado sobre o tema, porém ainda é restrito o número de pesquisas realizadas a esse respeito, especialmente devido ao fato de que no mundo encontra-se mais de 500 milhões de pessoas com problemas renais. No entanto, 18 artigos em um ano é aparentemente insuficiente para traçar parâmetros de uma realidade. Desse modo, é notória a carência de pesquisas sobre o assunto, especialmente pelos enfermeiros, atuentes diretos no cuidado da criança renal em hemodiálise.

REFERÊNCIAS

- Aquino, T.M. et al. (2008). Resting energy expenditure of children and adolescents undergoing hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 18(3), 312-319.

- Bellodi, P.L., Romão, J.E. & Jacquemin, A. (1997). Crianças em diálise: estudo das características de personalidade através de técnicas projetivas. *J Bras Nefrol*, 19(2), 132-137.

- Bezerra, I.M. (2007). Assistência de enfermagem ao ostomizado intestinal: revisão integrativa da literatura. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

- Brasil. M. & Schwartz, E. (2005). As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. *Acta Scientiarum. Health Science*, 27(2), 103-112.

- Brasil, Ministério da Saúde.(2004). Programa nacional de avaliação de serviços de saúde. Brasília.

- Cotran, R.S., Kumar, V & Collins, T. (2000). Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Daugirdas, J.T., Blake, P.G. & Ing, T.S. (2003). Manual de diálise. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI

- Ensari, C. (2008).The basic needs of children on haemodialysis in Turkey. *Nephrol Dial Transplant*, 23(1), 1447-1448.

- Gil, A.C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas.

- Goldman, L. & Ausiello, D.(2005). Tratado de medicina interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Grillo, E. & Silva, R.J.M. (2003). Defeitos do tubo neural e hidrocefalia congênita: por que conhecer suas prevalências? *J Pediatr*, 79(2), 105-106.

- Lima, E.X. (2004). Atenção de enfermagem em nefrologia em Clínica Cirúrgica e o Cuidar Dialógico de enfermagem em Transplante renal. *Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar: Realidade, questões, soluções*. In I. Santos et al. *Atualizações em Enfermagem* (Vol. 4, Cap. 3, pp. 340-344). São Paulo: Atheneu.

- Martins, C., Siqueira, W.L. & Primo, L.S.S.G.(2008). Oral and salivary flow characteristics of a group of Brazilian children and adolescents with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol*, 23(1), 619-624.

- Martins, S. et al. (2009). Encefalocelo occipital: a ciência e a ética. *Acta Pediatr Port*, 40(2),72-76.

- Manning,T.C. (2008). Cerebrospinal Fluid Shunting in Children on Renal Dialysis. *Pediatr Neurosurg*, 44(1), 65-67.

- Mortazavi, F. & Rafeey, M. (2008). Endoscopic findings and helicobaster pylori in children on long term hemodialysis. *Pakistan J of Biological Sciences*, 14(1), 1840-1843.

- Oliveira, S.M. et al. (2007). Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 169-173.

- Paula, E.S.; Nascimento, L.C. & Rocha S.M.M. (2009). Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Rev. bras. enferm.*, 62(1), 100-106.

- Riela, M.C. (2003). Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Riyuzo, M.C. et al. (2000). Análise retrospectiva de 57 crianças com insuficiência renal aguda tratadas com diálise peritoneal. *J Bras Nefrol*, 22(1), 24-32.

- Rocha, R.P.F. & Santos, I. (2009). Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: revisão integrativa de literatura. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online*, 1(2),423-433.

- Soares et al. (2005). É factível a utilização de fístulas arterio-venosas para hemodiálise em longo prazo em crianças. *Rev Assoc Med Bras*, 51(2), 61-74.

- Smeltzer, SC. & Bare, BG. (2005). Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Ribeiro, R.L.R. & Rocha, S.M.M. (2007). Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Texto & contexto enferm*, 16(1), 112-119.

- Silva, G.L.D.F. & Thomé, E.G.R. (2009). Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 30(1), 33-9.

- Silva Neto, M.L.(2006). Fatores de risco para infecções em transplante renal. *Dissertação de Mestrado*. Goiás: Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.

- Vieira, S.S., Dupas, G. & Ferreira, N.M.L.A.(2009). Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(1),74-83.

LA INTERACCIÓN MÉDICO PACIENTE Y SUS PRODUCTOS

Alvaro Bernalte Benazet*, Pedro Nogueroles Alonso de la Sierra**, Jesús Dávila Guerrero**, María Mercedes Lupiani Jiménez***, María Teresa Miret García****, Manuel Costa Alonso**

**Antropólogo, Doctor en Medicina. Universidad de Cádiz (UCA)*

***Médico, Doctor en Medicina (UCA)*

****Lda. Humanidades, Doctora en Medicina (UCA)*

*****Antropóloga Social (Grupo PAI CTS-386)*



THE INTERACTION BETWEEN DOCTOR AND SICK PEOPLE AND YOUR PRODUCTS

SUMMARY

This research tries to approach the interaction between doctor and sick people, the speech of both actors and its products, in an environment that is constituted by the Healthcare Center, the biocenosis that occupies it, trained by doctors, auxiliary, nurses, pediatricians, social worker of nursing and administrative officers, watchmen - drivers, and patients. This research is basically an ethnography of a Healthcare Center of Andalusia, where we have studied the interaction doctor - patient, all that surrounds that interaction, and the product called Primary Care Histories (PCH), giving a special attention to the speeches of doctor and patient; working with participant observation, interviews and the emptying and review of the PCH. Between the results, we must emphasize that the PCH lightly gat-

hers the speech of the patient and that the doctors do not follow the procedures of medical records production.

Key words: Interaction medical - sick; History of Primary care; speech of the patient.

A INTERAÇÃO MÉDICO PACIENTE E SEUS PRODUTOS

RESUMO

Este estudo objetiva discorrer sobre o fenômeno da relação médico paciente, no tocante ao discurso de ambos os atores e aos resultados dessa interação, considerando-se o entorno que está constituído pelo Centro de Saúde e a biocenose que o ocupa, formada por médicos, enfermeiros, pediatras, trabalhador social, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, além de pessoal de limpeza, motoristas e pacientes. Este estudo é, basicamente, uma etnografia no Centro de Saúde da Comunidade Autônoma de Andalusia, local em que temos estudado a interação médico paciente, bem como o contorno dessa interação e o produto chamado História de Atenção Primária (HAP), prestando uma especial atenção aos discursos de médico e paciente; trabalhando com observação participante, entrevistas e esvaziamento e a revisão das HAP. Entre os resultados, devemos destacar que as HAP apenas recolheram o discurso do paciente e que os médicos não seguem os procedimentos de elaboração das histórias.

Palavras chave: Interação médico paciente; História de Atenção Primária; Discurso do Paciente

RESUMEN

Esta investigación pretende acercarse a la interacción médico/enfermo, al discurso de ambos actores y a los productos resultantes de la misma, en un entorno que está constituido por el Centro de Salud y la biocenosis que lo ocupa, formada por médicos, enfermeros, pediatras, trabajador social, auxiliares de enfermería y administrativos, celadores - conductores, y pacientes. Esta investigación es, básicamente, una etnografía en un Centro de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, donde hemos estudiado la interacción médico-paciente, todo aquello que rodea a la interacción, y el producto llamado Historia de Atención Primaria (HAP), prestando una especial atención a los discursos de médico y paciente; trabajando con observación participante, entrevistas y el vaciado y revisión de las HAP. Entre los resultados, debemos destacar que las HAP apenas recogen el discurso del paciente y que los médicos no siguen los procedimientos de elaboración de las historias.

Palabras clave: Interacción médico-enfermo; Historia de Atención Primaria; discurso del paciente.

INTRODUCCIÓN

Las consultas son un choque que supera lo comunicativo, que sucede entre dos actores, médico y paciente, produciéndose el encuentro entre dos “modelos explicativos”, es decir, entre las nociones que tienen acerca de un episodio de enfermedad tanto el médico como el enfermo y que involucra consideraciones acerca de la etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento (Martínez, 1984). En la Atención Primaria de Salud (APS), la continuidad de la atención establece dos momentos relacionales: el sincrónico o actual, y el diacrónico o memoria histórica de lo anteriormente sucedido en estas relaciones (Borrell, Cebriá, 1999). Para la existencia del choque comunicativo, deben hacerse presentes los discursos de ambos actores; y por lo tanto consideraríamos ésta relación como de persona a persona, tal como indica Laín (1964) defendiendo una posición

de igualdad que - curiosamente - el mismo niega, porque según expresa ésta igualdad bloquearía la acción del sanador (médico).

En la presente investigación, hemos establecido la presencia del discurso del paciente mediante la observación de la interacción, y por la revisión del producto documental que se crea en ella, la “historia clínica” (Martínez, 1984), entendiendo ésta “como un instrumento de información sanitaria, para registrar, organizar, almacenar, recuperar y transmitir la información generada, al contactar con el individuo que solicita atención...” (Rodríguez, Sagristá, y cols., 1986). El contexto en que hemos estudiado éstas interacciones es un Centro de APS (Martín, Cano, 1996) de la Comunidad Autónoma Andaluza, denominados genéricamente Centros de Salud (CS), resultado de las recomendaciones de la Conferencia de la OMS/FAO celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1978, cambios que se concretaron en Andalucía bajo el epígrafe de “Reforma Sanitaria”. En estos CS, las interacciones o consultas, abordan, como diría De Heusch (1973), la enfermedad como una “experiencia de alienación (parcial o total), donde la muerte es la amenaza constante de todo orden humano” y donde “para responder a ella eficazmente, para transformar la desesperanza en esperanza, no dispone el hombre más que de la farmacopea y del lenguaje de los ritos.”, en ellas surge un producto social –tal como defienden Hammersley y Atkinson– llamado Historia de Atención Primaria (HAP).

La HAP es el resultado de un proceso evolutivo (Aragó; 1991) cuyos orígenes podíamos datar en el 420 (a.C.) con Hipócrates y la Escuela de Cos, ya que fue este quien originó el primer concepto de historia clínica, al describir con precisión naturalista lo que sus ojos podían observar (Comelles; Martínez; 1993), intentando relacionar la enfermedad descrita con el clima, la geografía y la astrología del momento. Como menciona Oliver Sacks, fue también Hipócrates el que introdujo el concepto histórico de enfermedad así “... la idea de que las enfermedades siguen un curso, desde sus primeros indicios a su clímax o crisis, y después a su desenlace fatal o feliz. Hipócrates introdujo así el historial clínico, una descripción o bosquejo de la historia natural de la enfermedad, que expresa con toda

precisión el viejo término de “patología”. Tales históricas son una forma de historia natural... pero nada nos cuentan del individuo y de su vida; nada transmiten de la persona y de la experiencia de la persona, mientras afronta su enfermedad y lucha por sobrevivir a ella” (Sacks, 1997: 13). Realizando un salto histórico, dejando atrás a Galeno, las Escuelas Bizantinas y Arábicas, los “Consilia” medievales y los “Observatio” renacentistas...etc.; ya en el siglo XX, los hermanos Mayo (1907) al diseñar una historia clínica única por cada paciente en el Hospital Saint Mary’s, con la pretensión de dar continuidad a la asistencia, engendraron el embrión de la HAP, y como manifiestan Gené y otros (1999), y debido a su utilización se producían algunos problemas impensables hasta la fecha “En contrapartida precisaba de un archivo centralizado, lo que comportaba grandes inversiones en infraestructura y enlentecía el acceso a la información”. En la década de los veinte, comienza a aparecer un concepto en la literatura, “record linkage”, que singulariza el intento de dar un soporte físico, estandarizado y universal a toda la serie de acontecimientos clínico-biológicos que van ocurriendo en la vida de un individuo, como explican los autores antes mencionados “el énfasis en esta evolución lo pone Lawrence Weed en la década de los sesenta, propugnando un modelo de historia clínica orientada por problemas” (Ortega, 1995). Sobre las ideas de Weed, se ha articulado la estructura formal de las HAP, en base a cuatro aspectos: los datos básicos; la lista de problemas, el plan inicial; y las notas de evolución clínico-social, donde el seguimiento de los problemas se articula en base a cuatro apartados que responden a las siglas anglosajonas S.O.A.P., a saber: S abreviación de “SUBJECTIVE”, y que refiere a los datos aportados por el paciente; O remite a OBJECTIVE, es decir la impresión del profesional a través de la entrevista, la exploración “objetiva” y las pruebas complementarias; A, es la abreviatura de ASSESSMENT, y se relaciona con el pronóstico del problema o problemas valorados; en cuanto a la P de PLAN, es la sistematización de los planes diagnósticos, terapéuticos o de educación para la salud.

METODOLOGÍA

Hemos realizado el estudio desde nuestra perspectiva constructivista, nuestro método ha sido el



etnográfico, que se caracteriza por convivir en el ambiente (medio) de los “otros” a los que estudiamos, en este caso, durante dieciséis meses. Aunque dada nuestra posición no eliminamos técnicas cuantitativas por su categorización como tales, sino que realizamos la elección en base a sus posibilidades para ayudar a penetrar en la realidad objeto de estudio, tal como afirma Beltrán entre otros “... los métodos empíricos cuantitativo y cualitativo son, cada uno de ellos, necesarios en su 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; 1989). Como etnógrafos, dedicamos gran parte de nuestro tiempo a la observación participante en las consultas médicas y en el centro, entrevistamos individualmente a los médicos sobre la forma de historiar y el circuito de las HAP, también entrevistamos al personal que da información al usuario sobre quien historia y el circuito de las HAP y paralelamente realizamos un vaciado de las historias del centro.

Nuestros objetivos los podemos exponer así: uno, revisar los documentos resultantes de las interacciones, es decir las HAP, al objeto de comprobar si quedan reflejados el discurso del médico y el del paciente, y este de que manera, textual o “traducido”; dos, estudiar el conocimiento de los médicos, de la HAP y de su objetivo, así como su opinión de cuando la HAP debe cumplimentarse y como debe hacerse; tres, comprobar si los elementos básicos de la HAP son utilizados (cuando, cuanto y como); y cuarto, establecer si el producto

social llamado HAP, es una herramienta para mejorar la atención o se está convirtiendo en un fin en sí misma, debido a unos objetivos empresariales.

Las primeras consultas son aquellas en las que se produce una mayor tiempo de interacción médico - paciente, lo que determina una mayor posibilidad de que el médico refleje lo acontecido en la HAP; aunque en Andalucía, con carácter general, se crea en las consultas de “programas”. Más importante nos parece el hecho de que debido a la presión de los objetivos empresariales del Servicio Andaluz de Salud y por la minusvaloración del potencial de la HAP, se esté utilizando la presencia del cliente en la consulta, por cualquier demanda, para ir historiándolo mínima y secuencialmente.

La HAP está formada por los siguientes documentos: la Ficha piloto; la Carpeta familiar, que contiene a las Carpetas personales de un núcleo de convivencia y donde se registran los datos del entorno; la Carpeta personal, contiene los datos de una persona, y sus antecedentes personales y familiares; la Lista de problemas, que incluye una pequeña descripción de los problemas detectados; la Hoja de exploración, a modo de guía para la misma; y la Hoja de seguimiento de consultas, donde se reflejan los aspectos de la evolución de la relación terapéutica (SOAP).

Realizamos un vaciado de las historias del CS, para conocer ¿Qué impresos se utilizaban de los existentes? ¿Qué ítems se cumplimentaban y cuáles no? ¿Si se recogía el discurso del paciente? y ¿De qué forma? Sobre un universo existente de 7000 historias, dado su número, optamos por realizar la revisión de una muestra estadísticamente significativa de las mismas; para ello basándonos en la muestra utilizada en otro CS donde habíamos realizado el pre-test, calculamos el número de HAP necesarias para conseguir un nivel de confianza del 99,9% mediante el programa de muestras de Epi info, la cantidad obtenida fue de 276 HAP. Pero para evitar problemas, seleccionamos 350 historias, que debían cumplir dos requisitos: correcta apertura y pertenecer a un adulto (15 o más años). La selección la hicimos de forma aleatoria y sistemática, elegimos al azar un número inicial, mediante la tabla de números aleatorios, siendo el elegido el 0017, y sistemáticamente quedaron definidos el resto, cada 20 HAP, de ellas fueron eliminadas las historias que no cumplían los

criterios antes mencionados, quedando reducida la misma a 305 HAP válidas, lo cual superaba nuestra previsión de 276. A continuación aplicamos a la información de las HAP, un cuestionario de recogida de información ya utilizado en forma de pre-test en otro centro, con el fin de codificar la información para su uso como una base de datos del Programa Epi-Info. Una vez analizada “la forma de hacer las HAP” de los médicos en ese CS, estudiamos los aspectos funcionales y de contenido de la HAP, según la importancia que se establecía en el Manual de Normas para la utilización de la HAP de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Rodríguez, Sagristá,1986), para a continuación valorar las diferencias entre la forma de cumplimentar las historias realmente en el CS, y lo que sería el patrón de normalidad e importancia definido por el manual, cuyos elementos fundamentales eran las hojas de exploración y de problemas. Estas informaciones las triangularíamos con la obtenida de las entrevistas realizadas a los médicos. Observamos en el curso de los meses de estudio: el acceso, que se realiza mediante cita; el medio en que se realiza, que es el centro de salud; el escenario, que generalmente es la consulta de su médico de cabecera; y el tiempo que se le dedica.

RESULTADOS

Sobre los médicos: los médicos del centro de salud, tienen una media de edad de 45,2 años, y el grupo quinquenal de edad que más elementos contiene es el de 40 a 44 (moda), las mujeres representan el 77,7% del total, y los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) vía Médicos Internos y Residentes son sólo el 23,3%. De la estructura y contenidos de la HAP: descubrimos algunos tesoros auténticos de una especie rara de escritura, algo que parecía ser Siríaco; también, una desorganización interna en las HAP; y por último, el hecho de que pocas HAP tenían recogido el discurso del paciente (illness), que era lo que a nosotros nos interesaba. El promedio de antigüedad de las HAP era de 6,3 años, y pertenecían las tres cuartas partes a mujeres, y las restantes a varones; la “matriz normalizada” de la HAP, en el centro de salud, estaba caracterizada por la presencia de : la Ficha piloto (99%), la Carpeta familiar (99%), la Carpeta personal (94,1%), y la Hoja de seguimiento de consultas

(81,6%); y apenas era utilizada la Lista de problemas (5,9%), y la Hoja de exploración (19,4%), que en algunos casos esporádicos estaba siendo utilizada para concretar aspectos de los antecedentes; las Hojas de programa (2%), se realizaban sistemáticamente en dos de los mismos: Control de Embarazo y Planificación Familiar. El motivo de apertura de la HAP reflejaba que: un 64% se debía a dolencias agudas y por tanto a una necesidad, que en forma de paciente se instaló en una silla frente al facultativo, no a una decisión del mismo; un 33% eran provenientes de las necesidades fijadas por la Dirección de la empresa, y curiosamente sólo existían un 3% de programadas, donde el médico añadía un criterio más personal en la decisión de abrir la HAP. La aportación de la información en el 92,5% era exclusivamente el propio cliente; en el 2,3% solamente los familiares; en el 2,3% de las HAP participaban el cliente y algún familiar, y por último existían un 2,9% de las HAP, donde -a pesar de su total relectura- fuimos incapaces de establecer quien era el informante. En el 23% de las HAP se recogía el discurso del paciente, de este el 7,0 % era recogido textualmente, el 7,0 % “traducido” por el médico, y el 86% mixto (textual y traducido). De la elaboración de las historias: pudimos realizar siete de las nueve entrevistas previstas; en cuanto a la apertura de la HAP, todos los médicos entrevistados la realizaban en su consulta en horario de consulta programada, aunque cuatro de ellos también lo hacían en la consulta a demanda; la elección de las personas era una decisión personal del médico aunque forzada, a veces, por los objetivos empresariales. Así la población a historiar, eran las personas: susceptibles de entrar en un programa (11,1%); con patologías especiales o complejas (55,6%) o con problemas sociales (11,1%). El informante era el paciente, pero tres médicos manifestaban que a veces era el cuidador o familiar que le acompañaba, así en las patologías psiquiátricas, neoplasias, etc.; seis médicos reconocían que existían las diferencias en las historias por sexo, en algún ítem y en el color, sólo un médico - varón - no veía diferencias; las normas de cumplimentación solo un médico las desconocía; en cuanto a las normas de archivo, tres no contestaron, y de los otros cuatro: dos sí y dos no, ante nuestro asombro. De la observación de las consultas: la asistencia inicial a las consultas a

demanda y posteriormente a las primeras visitas, no fue baladí, consiguió que los pacientes nos vieran como un especialista más (residente) y que nos fuéramos adaptando a estar en la consulta. Del contexto empresarial: con respecto a los objetivos empresariales y las actuaciones organizativas de la empresa respecto a la filosofía y objetivos de la APS, hay que decir que en cuanto a las primeras visitas (rituales de tránsito), los objetivos empresariales no se corresponden con la posibilidad de realizar una interacción médico paciente de calidad, debido a la frecuencia de la citación (5'), amén de un 20 a 30% de pacientes que acuden sin cita. Sobre la informatización diremos que su objetivo principal no es la mejora de la consulta, sino prioritariamente el control del gasto.

De la praxis del grupo médico: observamos dos actitudes que eran los polos de un continuum, uno, que procede de la cultura empresarial del SAS, donde las primeras visitas suponen un gasto de recursos, y el otro, que mantienen, en general, las nuevas generaciones de médicos de Medicina familiar y Comunitaria, y es que la HAP es una herramienta y cuanto mejor se utiliza, mejor es la calidad de atención se puede dar a los pacientes. Los escenarios o despachos, en los que se desarrollaban las interacciones tenían las siguientes características: divididos todos ellos, a excepción de uno, por un biombo, en una zona de consulta y una zona de exploración; en la primera ocupaba un lugar privilegiado la mesa y encima de ella un ordenador, que ocupaba, al menos, un 30% de la superficie de la misma, y que sobresalía conformando una muralla entre médico y cliente (dos médicos habían tenido la precaución de que la unidad central (CPU) del microprocesador estuviera en una mesa auxiliar); la zona de exploración, era un espacio al que no se accedía por el simple hecho de estar en la consulta del médico, debía haber una invitación expresa del facultativo. En las interacciones se producía la reivindicación del “espacio personal”, que suele ser definido como aquel espacio en torno a la persona, donde la entrada de alguien dentro de cualquier punto del mismo, hace que la persona se considere víctima de una intrusión, y que puede provocar una respuesta de desagrado o retirada, curiosamente todos los médicos parecían estar legitimados para introducirse en el de sus clientes, sin que estos pudieran poner repa-

ros, como ejemplos de ello teníamos la intrusión que suponía dentro de la exploración, la palpación entre otras; ningún médico pide perdón por aquellas “pruebas” a las que se sometía al cliente, es decir, no se preguntaba “le importa que le explore, o que le golpeé el riñón, o en definitiva que me situé dentro de su territorio personal,...”, etc.; siempre que esa distancia era amenazada -por el cliente- se producía un cambio en el discurso del médico, que se volvía cortante y frío con el infractor, intentando “alejarse” al cliente; el saludo y también la despedida, eran dos claves para establecer las condiciones de acceso en la interacción: se iniciaba franqueando el cliente una puerta a la que accede después de ser autorizado o invitado a pasar por el cliente anterior, que a la vez que salía de la consulta ... conminaba a la voz de... “le toca a Pepito Pérez” o bien por el grito del médico... “el siguiente”, que surgía del interior del despacho. Los médicos no se levantaban nunca, no ofrecían la mano tampoco, pero ellos esperaban a que el paciente saludara, aunque no siempre le contestaban y algunas veces lo hicieran sin mirar a quien entraba; sistemáticamente por lo visto, el saludo parte del cliente que es quien rompe el hielo; la despedida o finalización del acceso, siempre era más formal por parte del médico, quizás por que tenía una finalidad para él, como podía ser el acortar los tiempos perdidos entre clientes, y en ese intento había que conminar o hacer uso del cliente “saliente”, para que llamara o voceara al siguiente cliente de la lista de visitas. La proporción del tiempo que hablaba el médico con respecto al tiempo que lo hacía el paciente, era de un 86 a un 24% respectivamente; en el discurso del médico el lenguaje utilizado, casi siempre, se movía entre lo coloquial (que podía incluir expresiones o términos populares) y un lenguaje más correcto; aunque encontramos algún médico que utilizaba un lenguaje bastante vulgar (con expresiones de dudosa corrección). El médico utilizaba los silencios para “distanciarse y controlar” la conversación, en estos casos forzaba al cliente a romper el hielo de nuevo, habitualmente en estas ocasiones se oían una serie de expresiones de éste tipo: “pues ya ve...”, “ya me parecía a mi ...”, etc., utilizados a modo de “recursos seguros”; los cuales eran muy utilizados cuando el informante era adulto e iba acompañado,

sobre todo los hombres y mujeres mayores de 65 años, que ante preguntas sobre el estilo de vida recomendado por el médico (alimentación, ejercicio físico,...) y pillados en “falta”, arremetían contra el acompañante con expresiones como... “ya te decía yo”, le “tengo dicho que me ponga verdura pero”, “como tengo que ayudar a ésta, no tengo tiempo”, y algunas otras, en estos casos la expresión no verbal del acompañante, apoyaba la insinceridad de las manifestaciones del enfermo. Referente a las miradas, un aspecto interesante es que la mirada del médico acostumbra a ser más enérgica, la del cliente vagaba muchas veces, intentando no corresponder a la del médico. El uniforme utilizado era una bata, a veces, con pijama, las diferencias en la utilización de una u otro de llevarla abierta o cerrada recordaban ciertas reglas: de la empresa o de higiene, en ciertos casos una pizca de coquetería, y otros atributos personales. A la hora de utilizar un elemento de gran valor simbólico como es el uniforme de la institución: la bata abierta era más utilizada por el género femenino probablemente por que llevaban vestido debajo de la misma y el pijama más utilizado por los varones. En cuanto al discurso, observamos algunas infracciones, por ejemplo la utilización de una “jerga” médica para distanciar al cliente o para acabar una entrevista, a veces porque el paciente le estaba tratando sin la cortesía que merecía un especialista, o bien le discutía una observación, una actuación o un diagnóstico realizado.

CONCLUSIONES

1. Las consultas son rituales cotidianos en los que el cliente acepta esa pequeña dosis de sacralidad que resta en las interacciones médico/paciente.
2. Los médicos participan de creencias y valores diferentes, en parte, de los de sus pacientes, y existe una falta de coincidencia en los universos simbólicos de médicos y pacientes que afecta al plano de la comprensión de la enfermedad.
3. La interacción es vista por los actores, como el choque entre dos sujetos que culturalmente están situados en dos estatus bien diferenciados, el especialista superior y el cliente inferior.
4. Aunque los CS no son instituciones totales en “*strictu sensum*” si poseen algunas de sus características.

5. En este CS hemos observado que saludar es lo habitual, y que se produce un control del acceso al médico y una cierta despersonalización al convertir al cliente en un número.
6. Los médicos, no aceptan las normas empresariales, y se resisten a aceptar una imagen del médico como trabajador por cuenta ajena.
7. Existe una resistencia de los médicos de APS a que se “controle” su actividad, pues así vivencian la presencia de cualquier investigador u observador en “su” consulta.
8. La HAP actual se abre como una obligación empresarial, que permite, un mejor control de la actividad y el gasto farmacéutico, así su aportación primigenia a una mejor atención se ha perdido en parte al no dedicarse, en general, el tiempo necesario para: empatizar, entrevistar, observar, explorar y describir.
9. Algunos médicos, no conocen ni cumplimentan los documentos que componen HAP como la hoja de problemas, base de la estrategia de historiar en APS.
10. No se presta atención a lo que dice el paciente, lo que responde a una reacción (cultural) ante una posible “contaminación” procedente del lenguaje del lego, que puede afectar al especialista, el cual se protege de dicha contaminación.
11. Apenas se recoge el discurso del paciente.
12. El diálogo en su mayor parte es una sucesión de preguntas y respuestas, y el cliente no puede articular un discurso, como lo haría en cualquier otra circunstancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aragón, I. (1991) “Historia Clínica”. Revista Jano; N° 947; pp. 1839-1946.
- Beltrán, M. (1991). “La realidad social”. Madrid: Ed. Tecnos.
- Borrell, F.; Cebriá, J. (1999). “Relación asistencial y modelo biosicosocial”, en Martín, A.;
- Cano, J. F. (1999). “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Madrid: Ed. Harcourt Brace.
- Comelles, J. M.; Martínez, A. (1993). “Enfermedad, Cultura y Sociedad”. Madrid: Ed. Eudema.
- De Heusch, L. (1973). “Estructura y praxis”. Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Gené, J.; Jiménez, J. et al. (1999). “Historia clínica y sistemas de información”. En Martín,
- Ortega, M. (1995). “La Historia clínica como elemento de trabajo fundamental en Atención Primaria”. Rev. Centro de Salud. Noviembre, pp. 821-824.
- Hammersley, M.; Atkinson, P. (1994). “Etnografía”, Barcelona: Ed. Paidós.
- Lain, P. (1964). “La relación Médico - Enfermo”. Revista de Occidente. Madrid.
- Martínez, A. (1984). “Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria”. Revista Rol de Enfermería, Diciembre, n° 172.
- Martín, A.; Cano, J. F. (1986). “Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica”. Barcelona. Ed. Mosby-Doyma Muchnik Editores S.A.
- Rodríguez, M.; Sagristá, M. y cols. (1986). “Manual de normas para la utilización de la HAP”. Sevilla. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Sacks, O. (1997). “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”. Barcelona.



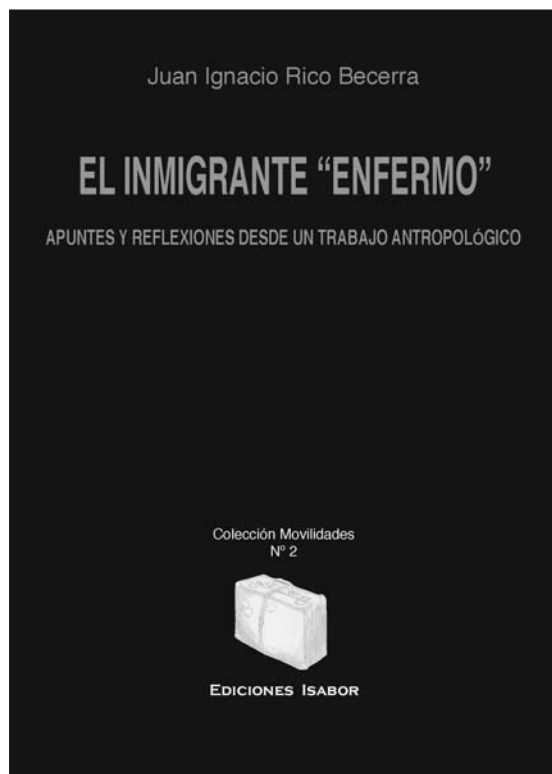
MISCELÁNEA

BIBLIOTECA COMENTADA

EL INMIGRANTE “ENFERMO”
APUNTES Y REFLEXIONES DESDE UN TRABAJO ANTROPOLÓGICO

Juan Ignacio Rico Becerra

Ediciones Isabor, Murcia, 2009. 337 páginas



El autor, Juan Ignacio Rico Becerra, es profesor de la Universidad Católica de Murcia y en este libro resume un estudio de campo que le sirvió para doctorarse en el año 2007. De forma general el estudio es una aproximación al encuentro entre el grupo de origen ecuatoriano residentes en la Comunidad de Murcia y los dispositivos públicos sanitarios y más concretamente de Atención Primaria de Salud (APS) de la citada comunidad, analizando los desajustes que se producen y tratando de encontrar explicaciones a los mismos.

Partiendo de una mirada antropológica, el autor analiza los itinerarios migratorios y de salud desde una doble perspectiva: el migratorio desde el país de origen al país de acogida y el de salud desde la relación profesional/paciente. Para ello acude a la narrativa de los actores dándoles la palabra, y haciéndoles así protagonistas de su estudio.

El libro tiene una estructura en tres partes. La primera parte del texto desarrolla un rico marco referencial, partiendo de un análisis de los conceptos relativos a inmigración, sociedad, diversidad cultural, biomedicina, etc.

En la segunda parte se describen y analizan los sistemas médicos de salud de Ecuador donde conviven las prácticas médicas tradicionales y las biomédicas prevaleciendo muchas veces un cierto sincretismo como pone de relieve uno de sus informantes: “normalmente el esquema es el siguiente: primero en casa te ve tu mamá, la abuelita, por lo general una mujer. En rara ocasión es un varón, también hay los casos en que los varones son los que curan en la casa. Entonces en primer lugar te ven las personas de acá, de la casa, cuando estás enferma. Si no funcionan los remedios de la casa, van a la farmacia o al curandero. A la farmacia, qué me puedo tomar para esto y en la farmacia les recetan. No funciona eso, sigue la persona enferma, recién acude al servicio de salud. Lo mismo con la medicina tradicional, si no funciona lo de la casa, ven a la tienda de productos naturales. Si no funciona eso va al yerbatero, donde el Chamán, o donde el limpiador, o donde el huesero o donde sea”. Es decir, que primero se produce la autoatención o autoayuda y posteriormente se acude a la farmacia o tienda de productos naturales para posteriormente recurrir a los sanadores o a los disposi-

tivos sanitarios biomédicos. Como el autor señala, no es fácil conocer las causas de este itinerario, dónde obedece a las tradiciones de cuidados y dónde a razones exclusivamente de tipo económico.

En la tercera parte se analizan lo que el autor denomina “encuentros y desencuentros de la medicina occidental con los inmigrantes”. Se menciona de forma bastante acertada las limitaciones que tienen los folletos informativos a los pacientes y usuarios que han proliferado como hongos en los dispositivos sanitarios, como señala uno de sus informantes: “los folletos explicativos no me parecen nada útiles porque cuando una persona viene por primera vez al sistema, lo que necesita es que le mires a la cara y que le expliques lo que está pasando...”. Los soportes documentales, así como los traductores son, sin duda necesarios, pero no pueden sustituir, como a veces se piensa, la imprescindible y directa implicación del profesional sanitario.

El autor llama la atención sobre las contradicciones y carencias del sistema de Atención Primaria de Salud que desde sus inicios desnaturalizó su objetivo fundacional de atención holística a las personas convirtiéndose de facto en un apéndice más de la medicina reparadora y que en el caso de la atención a la población inmigrada esta contradicción se agrava con el desajuste que produce un sistema pensado principalmente para atender a los problemas de salud característicos de una población envejecida (cronicidad, dependencia, etc.) con los problemas propios de una población joven y activa (problemas relativos al mundo del trabajo y a la precariedad social).

Entiendo que el mérito principal de este excelente trabajo consiste en evidenciar que la biomedicina no entiende de diversidad y de ahí las dificultades que encuentran los inmigrantes portadores de prácticas sanitarias no biomédicas. Como consecuencia de la metodología utilizada, es decir, dar la palabra a los informantes, el texto no sólo se hace ameno, sino que su discurso refuerza lo que los datos de recientes e importantes estudios han evidenciado, a saber: que los inmigrantes no abusan del sistema sanitario, ni son generadores de gasto sanitario adicional, que las enfermedades de importación existen, pero no son relevantes y que

el inmigrante “enfermo” lo está, en gran medida, debido a su propia condición de inmigrado. Ha sabido también evidenciar las contradicciones del personal sanitario que a pesar de los datos anteriores mantiene una mirada estereotipada sobre el inmigrante, ajena a su propia experiencia: “los casos de achacar al inmigrante la voluntariedad de la separación familiar al migrar, como si de él dependiera esta decisión; lo relatado de ‘oídas’ al respecto de la vivienda del inmigrante, continuando con la tónica de la suposición, o cuando más, con una escasa experiencia directa de la realidad; la tentación de asociar determinados estilos de vida a una cultura... Es por eso que sin pretenderlo, no pocas veces, lo objetivable respecto de sus pacientes inmigrantes generó la contradicción del estereotipo inicial”.

En sus conclusiones el estudio hace hincapié en la necesaria adecuación de los dispositivos sanitarios a las nuevas demandas de salud de la población inmigrada. Modelo biomédico, políticas economicistas, globalización, etc. son factores que generan barreras en la atención al paciente inmigrante. Me habría gustado que Juan Ignacio Rico, en base a este análisis, hubiera hecho mayor énfasis en la necesidad de cambio de los profesionales, en la superación de las contradicciones señaladas, pues los profesionales no son ajenos al sistema, sino que son su parte más esencial.

En definitiva, El inmigrante “enfermo” es un libro muy saludable para avanzar hacia un dialogo cultural entre profesionales y pacientes inmigrantes.

*Autor de la reseña:
Manuel Moreno Preciado*

Las enfermeras, claves en la atención a los pacientes que han padecido un infarto

"El verse rodeados de dispositivos y aparatos automáticos y con mucho personal sanitario atendiéndoles estrechamente les aporta una sensación de seguridad"

11.05.10 - 17:41 -
EFEI ALICANTE

Un estudio de la Universidad de Alicante (UA) ha puesto de manifiesto que la labor de las enfermeras resulta "indispensable" en la recuperación física y emocional de las personas que han padecido un infarto agudo.

La investigación, realizada por la profesora de Enfermería de la UA Carmen Solano, analiza la evolución que presentaron treinta personas –fundamentalmente varones– que ingresaron por esta dolencia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de Elche.

A juicio de la profesora, el infarto agudo, una de las primeras causas de muerte natural en los países occidentales, desemboca en un periodo en el que "el papel de las enfermeras es muy importante" al estar cerca del enfermo.

Solano ha analizado "qué piensa el enfermo" en los primeros días de recuperación, con quienes ha mantenido diversas entrevistas, y cuál es su evolución durante el año siguiente al infarto.

La investigadora ha destacado que este estudio resulta novedoso, ya que "se han hecho pocos estudios en España que den voz a las personas afectadas" frente a los numerosos estudios donde se ha analizado el diagnóstico, la prevención y la rehabilitación".

Igualmente, la experta ha detectado, de entre el abanico de pacientes que se han sometido al citado estudio, que existen dos grupos de enfermos, según cómo sea su vivencia de la dolencia.

Para los pacientes con edades entre los 50 y los 60 años, el infarto de miocardio representa un episodio "muy negativo", a partir del cual se sienten "débiles y minusválidos", lo que puede desembocar en un posterior estado de "desánimo y depresión".

Por otro lado, "hay un grupo minoritario de personas", de entre los 45 y los 50 años, que viven este episodio como una segunda oportunidad.

"Estos se convencen de que le han visto las orejas al lobo, desean romper con una vida desordenada y valoran más estar con los suyos", ha explicado la profesora.

En cualquier caso, la enfermera ha reconocido que, tras el momento del infarto y su posterior ingreso en las unidades sanitarias, "el mundo se les viene abajo porque piensan que tiene la muerte cerca".

Es por esta razón, ha declarado, que "el verse rodeados de dispositivos y aparatos automáticos y con mucho personal sanitario atendiéndoles estrechamente les aporta una sensación de seguridad" y de que la situación "está bajo control".

Ahora bien, "una vez superada la fase crítica" y cuando el paciente está estabilizado, las enfermeras tiene un proceso "largo y lento" para que éstos reconozcan aquellos hábitos o factores que les han llevado a padecer la dolencia y que actúen en consecuencia.

Igualmente, ha reconocido Solano, el infarto agudo es una dolencia "típicamente masculina" que ha registrado un incremento en personas cada vez más jóvenes y en un número cada vez mayor de mujeres.

**III SIMPOSIO IBEROAMERICANO
XII CONGRESO NACIONAL Y VII INTERNACIONAL
DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA
VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA
DE LOS CUIDADOS**

ALICANTE, 24, 25 Y 26 NOVIEMBRE DE 2011

OBJETIVOS

Con la celebración de este evento científico, nos hemos propuesto:

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

PROGRAMA CIENTÍFICO PRELIMINAR

JUEVES 24 NOVIEMBRE

8:30 h. Entrega de documentación

9:00 h. Colocación de póster Hall Edificio de Enfermería

9:30 h. Acto de apertura.

10:00-11:00 h. Conferencia inaugural

11:00 h. Pausa - Café

11:30 - 12:30 h. Mesa Redonda 1: La historia como integradora de culturas y saberes

12:30 h. Presentación de comunicaciones

14.00 h. Almuerzo de trabajo

16.00 h. Mesa Redonda 2 "Historia y Fenomenología: la vivencia de los cuidados a través del tiempo"

17.30 h. Presentación de comunicaciones

18.00-20.00 h. Taller Investigación cualitativa: El trabajo con narrativas (Fundación Index)

20.00 h. Actos lúdicos

VIERNES 25 NOVIEMBRE

9:00-10:00 h. Mesa redonda N° 3: Historia y Antropología: historia cultural de los cuidados

10.20 h. Debate

10.45 h. Pausa Café.

11.15 h. Comunicaciones. Debate

14.00 h. Almuerzo de trabajo

16:30- 18:00 h. Mesa redonda N° 4: La teoría de la historia de los cuidados

18:00-20:00 h. Comunicaciones

SABADO 26 NOVIEMBRE

10:00 h. Conferencia de Clausura

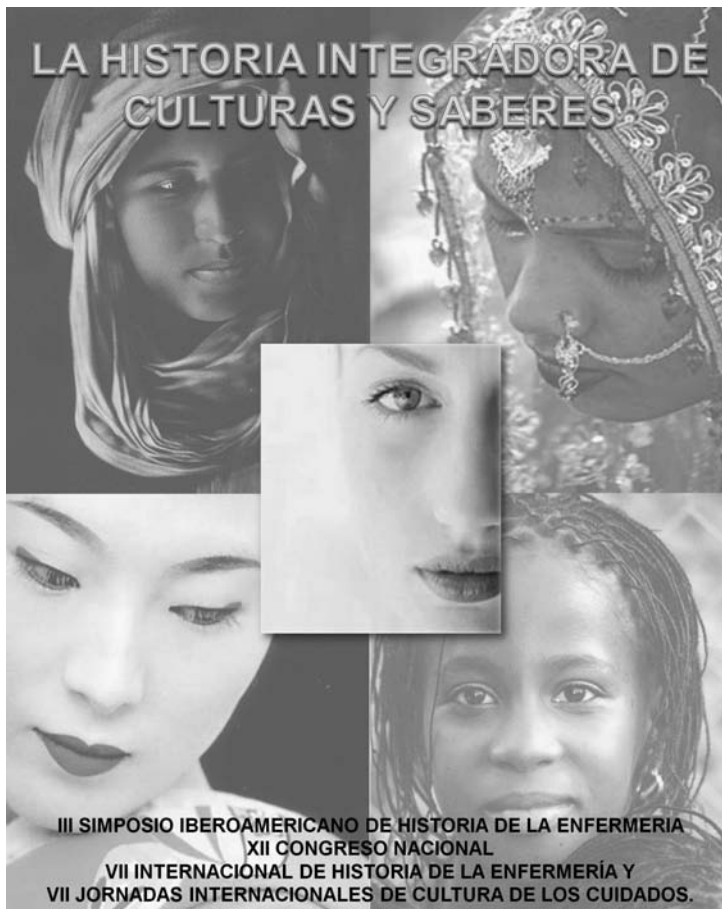
11:00 h. Comunicaciones libres

13:00 h. Conclusiones y clausura

Se podrán enviar comunicaciones digitales a través de parainfo digital organizado por la Fundación Index.

Colabora:

- Federación Iberoamericana de Historia de Enfermería
- Asociación Nacional de Historia de la Enfermería
- Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados
- CECOVA
- Colegio de Enfermería de Alicante
- Departamento y Escuela de Enfermería (Universidad de Alicante)
- Universidad de Alicante



REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

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

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

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:

