

CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 39

SUMARIO

EDITORIAL

- La asistencia al parto: del hogar al hospital

FENOMENOLOGÍA

- Aunque te sientas inútil... Relato de una experiencia
- Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad
- Tratado rápido de filosofía y otros poemas

HISTORIA

- La enfermería como “recurso”: el proceso de profesionalización de la enfermería en la década del '70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico- hegemónico
- Hospital de San Juan de Dios de Granada desde sus inicios
- La clausura femenina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Régimen
- Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina

ANTROPOLOGÍA

- Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar
- Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva
- Acompañar a los enfermos en la antesala del final de su ciclo vital
- Estudio exploratorio de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona)
- Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura
- Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres

MISCELÁNEA

- Entrevista a Amaia Ibarrola Arana
- BIBLIOTECA COMENTADA
- Máster en Cultura de los Cuidados



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

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

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

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

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

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

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

Carmen Chamizo Vega

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

César Hueso Montoro

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

Manuel García Martínez

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

Guillermo Silva Magaña

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

Carlos Lousada Lopes Subtil

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

Antonio C. García Martínez

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

María Elisa Moreno-Fergusson

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

Esperanza de la Peña Tejero

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Martín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

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

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

Taka Oguiso

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

Genival Fernandes de Freitas

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

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

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

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

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

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

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

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

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

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

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

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

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

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
La asistencia al parto: del hogar al hospital.....	9
<i>M^a ÁNGELES CASTAÑO MOLINA</i>	
FENOMENOLOGÍA	
Aunque te sientas inútil... Relato de una experiencia.....	12
<i>RAQUEL A. DÍAZ ALONSO, DAVID PALACIOS MARTÍNEZ</i>	
Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad.....	14
<i>ONÁ SILVA, ELIOENAI DORNELLES ALVES, MARIA CRISTINA SOARES RODRIGUES</i>	
Tratado rápido de filosofía y otros poemas.....	30
<i>BARTOLOMÉ NIETO MUNUERA</i>	
HISTORIA	
La enfermería como “recurso”: el proceso de profesionalización de la enfermería en la década del ‘70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico- hegemónico.....	33
<i>ESTEBAN JUSTO</i>	
Hospital de San Juan de Dios de Granada desde sus inicios.....	43
<i>JESSICA MEDINA GARCÍA</i>	
La clausura femenina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Régimen.....	48
<i>RIVASPLATA VARILLAS, PAULA ERMILA</i>	
Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina.....	63
<i>ELENA M^a. FERNÁNDEZ LAVEDA, ÁGUEDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, IRENE BELDA ANTÓN</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar.....	71
<i>LUCAS PEREIRA DE MELO, MARIA HELENA LENARDT</i>	
Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva.....	84
<i>LAURA CRISTHIANE MENDONÇA REZENDE, KÁTIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA, KAISY PEREIRA MARTINS, TATIANA FERREIRA DA COSTA</i>	
Acompañar a los enfermos en la antesala del final de su ciclo vital.....	93
<i>MARÍA T. MIRET GARCÍA, ÁLVARO BERNALTE BENAZET</i>	
Estudio exploratorio de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona).....	105
<i>CÉSAR CARRILLO GARCÍA, MARÍA ISABEL RÍOS RÍSQUEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES CASTAÑO MOLINA, MARÍA DOLORES NICOLÁSVIGUERAS, JOSÉ ARNAU SÁNCHEZ, M.E. MARTÍNEZ ROCHE</i>	
Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura.....	115
<i>ALYNE LEAL DE ALENCAR LUZ, MARIA HELENA BARROS ARAÚJO LUZ, ARTHUR ANTUNES, GILVAN SANTOS DE OLIVEIRA, ELAINE MARIA LEITE RANGEL ANDRADE, SARA MACHADO MIRANDA</i>	
Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres.....	124
<i>MARÍA JOSEFA CAMPOY QUESADA, JUAN PEDRO DE HARO GARCÍA</i>	
MISCELÁNEA	
Entrevista a Amaia Ibarrola Arana, enfermera.....	133
BIBLIOTECA COMENTADA.....	135
MÁSTER EN CULTURA DE LOS CUIDADOS.....	139

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

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

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

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

PRESENTATION OF WORK

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

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

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

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

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

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

To cite documents / articles "on line":

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

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

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

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

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

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

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

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

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

Para citar documentos / artigos “on line”:

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

La asistencia al parto: del hogar al hospital

Assistance for childbirth: home to hospital

Assistència de parto: de casa para o hospital

M^a Ángeles Castaño Molina

Matrona. Profesora Asociada de la Universidad de Murcia

Cómo citar esta editorial en edición digital: Castaño Molina, M^aA. (2014) La asistencia al parto: del hogar al hospital. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.01>

Correspondencia: Facultad de Enfermería. Campus Universitario de Espinardo. CP 30100 Murcia.

Correo electrónico: angeles.castano@um.es

Recibido: 1/03/2013; Aceptado: 15/05/2014



Durante el siglo XX se produjeron numerosos cambios en el manejo del parto existiendo un aumento gradual de la asistencia hospitalaria. En la década de los noventa, casi el 100% de las mujeres europeas acudían a los hospitales para dar a luz; sin embargo, en Holanda el 35% de los partos eran domiciliarios y en el Reino Unido se aconsejó en 1992 que para las madres de bajo riesgo debía haber un retorno a la asistencia del parto domiciliario.

Los nuevos conocimientos en farmacología se aplicaron al momento del parto; así por ejemplo, el empleo de la oxitocina artificial empleada en un principio para la inducción de

los partos en caso de necesidad, se estandariza en la mayoría de los casos provocando partos más dolorosos provocando que la analgesia epidural fuese cada vez más solicitada.

En este contexto, las cesáreas alcanzaron niveles elevados, desde un 2% hasta un 12% en el Reino Unido o un 25% en USA; también aumentaron los partos instrumentados. Por otro lado, los avances científico-técnicos disminuyeron la mortalidad materno-infantil, dieron lugar a un mayor control del estado fetal por medio de la monitorización y se utilizaron cada vez más los registros en partogramas. A medida que el siglo avanzaba la medicina se implicó más en la salud de las mujeres provocando un sentimiento de pérdida de control en las funciones naturales del organismo debido a la invasión medicalizada del cuerpo; la práctica de la episiotomía se tornó cotidiana después de los años 50 y fue entonces cuando grupos de mujeres realizaron campañas en contra de la episiotomía innecesaria. A mitad de la década de los 70 se desarrolló una confrontación importante en Europa y USA entre la sociedad y los obstetras, dejando así paso a la escucha femenina; estos años pueden destacarse por el comienzo de un nuevo “cambio”.

Las reivindicaciones de mujeres es un acontecimiento social, que junto a otras corrientes de pensamiento hacen cambiar las acciones políticas y de las Ciencias Sociales. Las Instituciones Internacionales, gestadas y avalladas desde Occidente, pretenden la igualdad de derechos, acontecimientos como la Proclamación del Año Internacional de la Mujer en 1975, la cumbre en Ginebra en 1992 sobre el adelanto económico de la mujer rural, o la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995, abrieron una luz a la conciencia internacional.

En nuestro país, con la Constitución Española de 1978, la mujer adquiere derechos civiles y, veintitrés años después, la Declaración de Madrid en el año 2001 propone equidad de género en salud por medio del *mainstreaming*. El concepto de género es cultural y se aplica a la política y la técnica requiriendo cambios en la manera de pensar, así como en los objetivos, estructuras y distribución de recursos en los órganos internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales.

Siguiendo con España, en noviembre de 2004 se funda el Observatorio de Salud las Mujeres por el Ministerio de Sanidad y Consumo, otro nexo entre sociedad y Estado. Es fruto de las reuniones internacionales para lograr la equidad en salud entre géneros. En diciembre de 2005 tuvo lugar el II Foro de Mujeres, Salud y Género organizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y su fruto lo estamos experimentando hoy desde que en 2007 se publica la Estrategia de Atención al Parto Normal (EPN), de la que se deriva la Iniciativa al Parto Normal (IPN) elaborada la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). El objetivo es impulsar algunos cambios en la atención al parto; se pretende llegar a un consenso entre las madres-padres (sociedad) y los

profesionales para un acuerdo en la atención, de ahí la creación del Plan de Parto.

Son diversos los cambios que el SNS (Sistema Nacional de Salud) tiene que asumir, la sociedad cambia, hay muchas mujeres y organizaciones que piden modificaciones y se deben escuchar. La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas favorece los cometidos del SNS manteniendo una identidad común. Esto en teoría debe facilitar la adaptación de la sanidad a los cambios sociales, pero como vemos es un proceso lento y no siempre se mueve en la dirección de todos. No obstante, se plantea tres requisitos indispensables para asegurar el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud: la equidad, la calidad y la participación en la asistencia. Actualmente en nuestro país mediante los contratos de Gestión Sanitaria en las Comunidades Autónomas se persigue la Calidad en la Asistencia y, con ello, la instauración de la IPN, como hemos dicho elaborada por las matronas españolas tomando como referencia las opiniones de la comunidad, donde se valora la capacidad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo. Las matronas han concebido a la mujer desde una perspectiva integral y de heterogeneidad, no sólo acompañando en el proceso reproductivo, sino además en todas las etapas de la vida. El acceso a la mujer y su entorno implica entender las condiciones particulares de cada una respetando sus decisiones.

En los últimos años son muchas las asociaciones que han surgido en España caracterizadas por la diversidad de actividades y objetivos, pese a las diferencias, estas agrupaciones tienen en común el cuestionamiento de las relaciones de género con tres directrices principales basadas en la reivindicación de identidades negadas, la solución de carencias y la identificación con las más desfavorecidas. El

sistema biomédico ha chocado con su propia medicina, la atención holística al ser humano se relega a los avances tecnológicos y a un sin fin de pruebas diagnósticas o tratamientos. Las redes sociales de autoayuda cubren necesidades que el sistema no oferta ya que cumplen otras funciones de carácter personal y comunitario ajenas a intereses políticos, un ejemplo lo encontramos en la creación de asociaciones como EPEN (El Parto Es Nuestro); si analizamos algunos de los testimonios recogidos en su Web podemos ver reflejada la situación a la que se han visto sometidas algunas mujeres.

Actualmente nos encontramos en un momento de cambio (cambio social y cultural) la reivindicación a nivel mundial de las mujeres por la “naturalidad” del parto que ofrece una matrona, y el apoyo de organizaciones y encuentros internacionales, favorece que nuestra profesión se tome en cuenta durante la vida de las mujeres. Las matronas debemos apoyar nuestro propio proyecto de futuro, que acorde con la OMS desarrollará una definición de nuestro rol, claro y asumido desde la antigüedad y asaltado por la historia. La asociación capacita al grupo para la defensa y reivindicación de prioridades, facilitando la comunicación intra e interdisciplinar.

En España, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Asociación Nacional de Matronas, representan a todas las matronas españolas ante los organismos e instituciones nacionales e internacionales, velando por el desarrollo y aplicación de la legislación que concierne al ámbito de la formación y ejercicio profesional, al mismo tiempo promueve la calidad del cuidado de la salud integral de la mujer, en especial la sexual y reproductiva.

Fenomenología

Aunque te sientas inútil... Relato de una experiencia

Even though you may feel useless... Story about an experience

Mesmo que você pode se sentir inútil... Relato de uma experiência

Raquel A. Díaz Alonso¹, David Palacios Martínez²

¹Diplomada Universitaria en Enfermería. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid, España.

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

Cómo citar este artículo en edición digital: Díaz Alonso, R.A. y Palacios Martínez, D. (2014) Aunque te sientas inútil... Relato de una experiencia. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.02>

*Correspondencia: Raquel Asunción Díaz Alonso. C/ Nazaret, N°6, Portal 2, 2ºB. Parla C.P. 28980. Madrid
E-mail: raquelda_parla@hotmail.com*

Recibido: 10/12/2013; Aceptado: 14/03/201



ABSTRACT

Work in the health field can be very demanding at the affective level. The emotional component in the personal relationship affects all those involved: patients, families and professionals. It can lead us to feel upset, as in this story, when we believe that our actions have proved futile. On numerous occasions we do not come to know our real impact on the lives of patients. All health professionals have some experience that moves us. This is mine.

Key words: holistic nursing; nurse-patients relation; philosophy, nursing.

RESUMO

Trabalho no campo da saúde pode ser muito exigente a nível afetivo. O componente emocional no relacionamento pessoal afeta todos os envolvidos: pacientes, familiares e profissionais. Ela pode levar-nos sentir chateada, como esta história, quando acreditamos que nossas ações têm foram infrutíferos. Em várias ocasiões não viemos conhecer nosso verdadeiro impacto na vida dos pacientes. Todos os profissionais de saúde têm alguma experiência que nos move. Isto é meu.

Palavras-chave: enfermagem holística; relações enfermeiro-paciente; filosofia em enfermagem.

RESUMEN

El trabajo en el ámbito sanitario puede resultar muy exigente a nivel afectivo. El componente emotivo en la relación personal influye en todos los implicados: pacientes, familiares y profesionales. Puede llevarnos a sentir malestar, como en este relato, cuando creemos que nuestras acciones han resultado fútiles. En

numerosas ocasiones no llegamos a conocer nuestro verdadero impacto sobre las vidas de los pacientes. Todos los profesionales sanitarios tenemos alguna experiencia que nos conmueve. Ésta es la mía.

Palabras clave: enfermería holística; relaciones enfermero-paciente; ética en enfermería; filosofía en enfermería.

Fue un día cualquiera. Yo era una joven estudiante de enfermería. Durante unas prácticas en la Unidad de Cuidados Intensivos, llegó una paciente con pronóstico grave. En coma inducido farmacológicamente e intubada. Con los monitores avisando cada poco tiempo de que la vida se le escapaba. Un gran equipo se encargaba de intentar evitarlo. Yo me sentía, día tras día, inútil e impotente. Mis conocimientos y habilidades, evidentemente, ni se acercaban a los de mis tutores. Por ello, me dedicaba en los escasos ratos libres a estar con aquella paciente. A pesar de su inconsciencia, yo le daba la mano. Y le hablaba. Le hablaba mucho. Le contaba si el día estaba lluvioso o con sol. Le decía que el horario de visitas empezaría pronto. Que poco a poco iba mejorando, y estábamos todos muy contentos de que así fuera. Tenía la sensación de que me escuchaba, a pesar de estar inconsciente, sedada. Cuanto más le hablaba, más relajado me parecía su rostro. A veces, ya en mi casa, pensaba que todo eran imaginaciones mías, que sólo estaba tratando de sentirme útil.

Unas semanas después, mis prácticas acabaron. Había aprendido muchísimo, gracias a que todo el personal del servicio se había esforzado en integrar a los alumnos en el equipo y en darnos una sólida base. Pero era consciente de que aún me faltaban muchas cosas por aprender. El día que le dije adiós, aquella paciente aún estaba sedada. Ya nunca sabría

qué había sido de ella, pero confiaba en que seguiría mejorando.

Cuatro años después, otro día cualquiera, estaba ya trabajando como enfermera en una planta. Una ciudad y una vida diferentes. Al empezar mi ronda de aquel turno, tensiómetro en mano, entré en una habitación en la que habían ingresado dos mujeres en turnos anteriores. Sus nombres no me sonaban; sus caras, tampoco. Al saludar a la primera, su rostro se iluminó. Sus labios temblaron durante un segundo, hasta dar paso a una gran sonrisa. Brillantes lágrimas de emoción cayeron de unos ojos que yo nunca había visto abiertos. “Reconozco tu voz”, me dijo entonces. Fue la primera frase de una larga conversación. Conversación en la que me contó que, cuando había estado tan enferma, le calmaban las cosas que yo le contaba. Entre brumas y pesadillas. Una sencilla frase que, aún hoy, cuando recuerdo esta experiencia, me eriza la piel y me llena los ojos de lágrimas de emoción.



Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad

Liricidade e toque de arte para a produção do conhecimento estético de enfermagem – uma reflexão poética inspirada na Teoria da Complexidade*

Lyricism and a touch of art for the aesthetic of nursing knowledge production – a poetic reflection inspired by the Theory of Complexity

Onã Silva¹, Elioenai Dornelles Alves² y Maria Cristina Soares Rodrigues³

¹Enfermeira. Mestre em Educação. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UnB. Pesquisadora de Grupos de Pesquisas Criatividade e Aprendizagem Lúdica /UnB/CNPq. Graduada em Artes Cênicas. Escritora. Poetisa do Cuidar

²Enfermeiro, Doutor e Livre Docente. Professor Titular aposentado e Pesquisador Sênior da Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB. Líder do Núcleo de estudos em educação, promoção da saúde e projetos inclusivos-CEAM/UnB, Pesquisador do CNPq.

³Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UnB. Líder do Laboratório de Estudos e Pesquisas Multidisciplinares em Segurança do Paciente.

Cómo citar este artículo en edición digital: Silva, O; Alves, E.D. y Rodrigues, M^a C. S. (2014) Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.03>

Correspondencia: QE 34, Conjunto R, Casa 36 – Guarã II – Distrito Federal-Brasil- CEP 71065-182

Correo electrónico: onatil@gmail.com

Recibido: 07/01/2014; Aceptado: 16/03/201



Musas - Parnaso - Rafael

ABSTRACT

The inspiration for this study originated from the absence of reference in the theme

and the troubling questions that echoed in the chords of the author's lyric self: Is poetry important for nursing referred to as science and art? Considering the full time care, is there place for the aesthetic knowledge, in spite of the same being so little searched? The objective was to reflect and analyze the importance of the poetic text for the aesthetic of nursing knowledge, using as analysis tool the poem *On the poetic clay, my reflections on the science care* written by the author-nurse, based on the Theory of Complexity. The poem analyzed addresses various dimensions of human complexity necessary for the care of themselves, of others and of the populations who revitalize the inexhaustible aesthetic source and gener-

* Este trabalho é parte integrante e compilado da Tese de Doutorado "As ondas revitalizadoras da criatividade no ensino de enfermagem: estudo comparativo e multifatorial do perfil criativo dos atores educacionais", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. A Tese é defendida pela 1ª autora, sob a orientação do 2º autor e co-orientação da 3ª autora.

ating health. Poetic elements are fundamental for reflection, production and disclosure of knowledge of nursing aesthetic being essential and inseparable in every action of taking care.

Keywords: Nursing, Aesthetic knowledge, Poetry, Care, Theory of Complexity

RESUMEN

La inspiración para este estudio se originó de la ausencia de referencial en la temática y de preguntas inquietantes que resonaron en los acordes del yo lírico de la autora: ¿la poesía tiene importancia para la enfermería referenciada como ciencia y arte? Considerando el cuidado integral, ¿hay lugar para el conocimiento estético, a despecho de lo mismo ser tan poco investigado? Se objetivó reflejar y analizar la importancia del texto poético para producción del conocimiento estético de enfermería, utilizando como instrumento de análisis el poema *En la arcilla poética, mis reflexiones sobre la ciencia de los cuidados* escrito por la autora-enfermera, basándose en la Teoría de la Complejidad. El poema analizado aborda varias dimensiones de la complejidad humana necesarias para el cuidado de sí, del otro y de las poblaciones que se revitalizan en la inagotable fuente estética y generadora de la salud. Elementos poéticos son fundamentales para reflexión, producción y divulgación del saber estético de la enfermería, siendo esenciales e indisociables en toda acción de cuidar.

Palabras-clave: Enfermería, Saber estético, Poesía, Cuidados, Teoría de la Complejidad

RESUMO

A inspiração para este estudo originou-se da ausência de referencial na temática e de perguntas inquietantes que ecoaram nos acordes do eu-lírico da autora: a poesia tem importância para a enfermagem referencia-

da como ciência e arte? Considerando o cuidado integral, há lugar para o conhecimento estético, a despeito de o mesmo ser tão pouco pesquisado? Objetivou-se refletir e analisar a importância do texto poético para produção do conhecimento estético de enfermagem, utilizando como instrumento de análise o poema *Na argila poética, as minhas reflexões sobre a ciência dos cuidados*, escrito pela autora-enfermeira, baseado na Teoria da Complejidade. O poema analisado aborda várias dimensões da complexidade humana necessárias para o cuidado de si, do outro e das populações que se revitalizam na inesgotável fonte estética e geradora da saúde. Elementos poéticos são fundamentais para reflexão, produção e divulgação do saber estético da enfermagem, sendo essenciais e indissociáveis em toda ação cuidativa.

Palavras-chave: Enfermagem, Saber estético, Poesia, Cuidados, Teoria da Complejidade.

INTRODUÇÃO

O som do eu-lírico começou a despertar esta autora naquele ambiente de dialogicidade na primavera de 2011. A princípio, não havia motivo pessoal que favorecesse a inspiração e o despertar da liricidade poética, visto que a autora passava por momento particular de enfermidade, mas ela lembrou-se da natureza fênix dos poetas: *Eu canto porque o instante existe / e a minha vida está completa. / Não sou alegre nem sou triste: sou poeta* (Maireles, 1973, p.5).

Primeiro, a dor física lancinava os ossos da autora, não permitindo inspiração nem o exercício de poetar. Mas os ouvidos poéticos captaram alguns acordes melodiosos, depois o esboço de versos até o êxtase de uma fruição de estrofes e poesias completamente produzidas – inspiradas na história da ciência, produção

de saberes e conceitos estruturados sobre cuidado. Este exercício que misturou ciência, sonho, sensibilidade, está incluído no paradigma vigente de pensar a enfermagem, vislumbrando o estímulo e a produção do conhecimento estético da área.

Para a produção da ciência estética, a fruição poética que envolveu esta autora foi relacionada aos seus conhecimentos e experiência como enfermeira, poeta-arte-educadora, somando a base teórico-dialógica advinda do mundo das ideias – e da estética –, do pensar sobre a enfermagem.

Quanto aos filósofos e pensadores que se dedicaram à discussão do conhecimento estético, recorreu-se, para produção deste trabalho, a nomes marcantes desde as raízes greco-romanas – Aristóteles, Platão, Plotino – até aquele que representa a visão clássica de estética: o filósofo Kant (Bastos, 1987). Também analisaram estudos de educadores que discutem a importância da estética no campo educacional (Alves, 2000; Goldschmidt, 2004; Maia, 2001). Recorreu-se aos seguintes estudiosos do pensar estético da enfermagem (Horta, 1979; Collieré, 2003; Santos, Gualtier, Figueredo, Petit, 2005; Siles González, 2014; Siles González, Solano Ruiz, 2011).

Abrasilizando o pensar estético, amparou-se no pensar de Alves (2001), que existe um mundo sensível e estético nascido de sonhos. Quanto à fundamentação poética, houve diálogo com as vozes líricas da literatura poética brasileira: Cecília Meireles (1973) e Carlos Drummond de Andrade (1974), que permitiram a autora retomar ao papel sagrado da poesia no campo do conhecimento. Ou seja, para concepção deste trabalho científico tentou-se o exercício dialógico entre vários campos do saber, envolvendo a ciência e o mundo de sonhos estéticos e de muita subjetividade, o que ocorreu no mundo real fruto de complexidade



Musas Clio, Euterpe e Tália - Eustache Le Sueur

(Morin,1990).

A autora foi inquietada pelas perguntas que soavam entre os acordes líricos: qual a importância da poesia para a enfermagem referenciada como ciência e arte? Quanto ao cuidado integral, há lugar para o conhecimento estético, a despeito de o mesmo ser pouco pesquisado? Sim, pensava, porque existe o lugar sagrado, considerando que o Ser-Enfermeiro tem o potencial criador, assim como o Ser-Cuidado, ambos trocam energia, revitalizam-se continuamente (Rogers, 1970). Esta troca energética vital entre as pessoas que interagem no cuidado – o enfermeiro e aquele que recebe o cuidado – tem caráter humano e humanístico, trata-se de relação de natureza estética, incluindo sonhos, subjetividades e a liricidade oriunda da arte poética que está na vida.

Assim, aconteceu com a presente reflexão oriunda das discussões inspiradoras sobre a produção do saber durante uma disciplina acadêmica. A concepção do estudo foi delimitada a partir de versos e estrofes, um sonho bom que surgiu no despertar do eu-lírico, nas aulas, em tardes primaveris. Ou seja, o ambiente gestatório do saber foi numa sociedade de saber,

na disciplina Cuidado de Enfermagem no desenvolvimento humano – obrigatória dentro do currículo do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade de Brasília.

No início da disciplina, realizou-se um passeio histórico-reflexivo do processo de construção e desenvolvimento científico que motivou alguns filósofos e cientistas. Os atores educacionais reunidos – docentes e discentes – discutiram sobre os protagonistas que sonharam em prol da ciência, desenvolvendo estudos, referenciais teóricos, teorias, nas distintas áreas do saber.

Durante a disciplina, em especial, refletiu-se sobre a vida de Giordano Bruno a qual ilustra a sua obstinação na defesa de suas ideias, sonhos e teorias, em contexto histórico marcado pelo embate entre a ciência e a religião frente ao desenvolvimento científico. Estas análises e reflexões contribuíram para entender a história da construção do conhecimento de enfermagem. Por longos anos, a profissão enclausurou-se no saber técnico do modelo tecnicista, preocupado no fazer e fragmentação – impedindo o ensino e exercício profissional crítico, criativo e político.

No final da década de 1970, segundo Tomy (2004) foram identificados por Carper quatro padrões do conhecimento de enfermagem: 1) empírico (ciência da enfermagem); 2) estético (arte da enfermagem); 3) moral (ética da enfermagem); 4) pessoal (uso terapêutico de si mesmo). Vale et al (2009) acrescentam que no Brasil identificaram outros conhecimentos de enfermagem: histórico, técnico, humanístico e sócio-político.

Particularmente na análise desta autora, observou-se que a disciplina cursada tornou-se espaço de estímulo e desenvolvimento da sua criatividade, amparando-se no dizer de Castanho (2000) que o ensino superior pode

fomentar atividades visando a formação de pessoas com autonomia intelectual, apaixonados pela busca do saber e que demonstrem atitudes positivas – em visão prospectiva, estes profissionais, uma vez egressos das suas áreas de formação, desempenharão papéis com relevância social. Corroborando no mesmo entendimento de Castanho (2000), para Vale et al (2009) a práxis em Enfermagem se constrói libertadora, solidária, emancipatória pelo entrelaçamento de saberes e fazeres do cuidado que converge em ciência, ética, arte e estética.

A enfermagem atual enfatiza que é na práxis dialógica e libertadora, oriunda de situações complexas, que os novos caminhos são construídos. Quanto ao conhecimento estético, este pode ser produzido no campo de formação sendo momento singular de desenvolvimento de habilidades expressivas, criativas, comunicativas, lúdicas, por exemplo.

O caminho da enfermagem na dimensão integral está voltado à ciência e à arte. Quanto à experiência, esta autora há algum tempo atua com reflexão do saber poético, coordena projetos sobre a criatividade e ludicidade, produz e pesquisa o conhecimento estético da profissão do cuidar (Silva, 1986, 1990, 1998, 2001, 2010, 2011).

Este trabalho enfatizará a necessidade da produção do conhecimento estético da enfermagem, frente ao mundo atual inserido na aura da complexidade (Capra, 1990; Morin, 1990).

Da fruição poética, a autora, sendo Ser-Enfermeira de natureza política e social, produziu diversos textos poéticos, dentre estes, analisaremos o poema a seguir:

Na argila poética, as minhas reflexões sobre a ciência dos cuidados

Ano novo me chamando para reflexão

A necessária ressignificação

Tal qual a argila pelo oleiro trabalhada

Criada, re-criada, em constante transformação.
Em roda, praticando a dialogicidade
Doravante, em constante análise e pensar,
Sobre a vida, o mundo, a profissão,
Sobre o processo aprender e ensinar
Sobre a práxis refletida, em dialética.
Dias de construção da minha essência
Dias de reflexão sobre a transcendência
Da prática Enfermagem e o mundo da ciência.

Vivencio neste caminho de construção
O processo também de desconstrução
Que precisa dos seguintes elementos:
Argila, água, cuidado, emoção.
Muito se desvelou nas minhas memórias
Canal aberto para aprender a aprender:
Sobre Filosofia, constructos e ciência,
Saberes, práticas e conceitos a rever.
Epistemologia? Eu tenho que entender
E também algumas diferenças:
Cuidado, cuidados e assistência.

Figuras relacionadas à argila originam-se das minhas mãos

Pelo significado da mesma nesta aprendizagem
Quando Ayres fala sobre cuidado e reconstrução
Concordo, plenamente com a comparação:
O Ser é tal qual a argila que antes da modelagem
Precisa atravessar o rio atrás da sua identidade
Durante a vida, seu eterno processo de construção.
Por isso, vou vivendo e construindo os meus dias

Na relação eu-tu, mix de diálogo e alteridade
Com minha família, meus pares, professores
E uma diversidade de irmãos e atores.
Hoje quero ser cuidada das minhas dores
Quero também produzir cuidado de enfermagem
Usando a ciência-arte e muita subjetividade
Moldando o meu self na argila, com criatividade
Busco a minha essência, no horizonte, eterna viagem,
Busco infinitas possibilidades e muitas cores
“Para não dizer que não falei das flores”.

Do sonho ao despertar do eu-lírico, a experiência vivenciada pela protagonista deste artigo foi singular e transformadora. Além dos poemas produzidos, surgiu a proposição deste trabalho, que é um relato sistematizado da experiência de construção do conhecimento estético em enfermagem, mediado pela inspiração poética e pela Teoria da Complexidade.

REFLETINDO SOBRE AS FONTES DO SABER ESTÉTICO E O CUIDADO

Há escassez de estudos sobre criatividade para o ensino superior – conforme estudos de Alencar (1995, 1997). Silva e Alencar (2003) apresentaram contribuições importantes na investigação do fenômeno criatividade no ensino de graduação em enfermagem, discutindo as barreiras neste nível de ensino para o desenvolvimento do potencial e subjetividades dos docentes e discentes.

Maia (2001), na direção das autoras acima, também apontou que a escola tolhe a imaginação criativa dos jovens, focalizando no estudo a importância menor às artes, às atividades recreativas e ao texto poético. Ela reportou à história sobre a existência do homem integral na Grécia antiga. Ou seja, o homem integral era aquele que se envolvia com as artes, a poesia, realizava rupturas internas para sair da caverna, observando e interagindo com o mundo exterior.

Em complemento, ressalta-se a abordagem de Goldschmidt (2004) sobre a educação como experiência estética. Para desenvolver seu estudo, ela fundamentou em conceitos da antropologia, sociologia e da filosofia com reflexão aprofundada entre arte e educação.

Referente ao campo da Enfermagem, analisando o paradigma educacional vigente, o currículo expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem

¹ A inspiração para este poema emergiu das reflexões da disciplina “Cuidado de enfermagem no processo do desenvolvimento humano”, no 2º semestre de 2011, oferecida pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem-UnB.

(DCN) destaca aspectos importantes na mudança paradigmática da formação do enfermeiro: as metodologias ativas, o estudante como ator, a ênfase nas habilidades incluindo a comunicação (Brasil, 2001).

Mas de fato as habilidades de comunicação são trabalhadas no espaço curricular? Os textos produzidos valorizam todos os padrões de saber, incluindo o estético? Quanto à comunicação, há espaço curricular para a valorização e construção de texto poético pelos atores sociais da enfermagem – docentes e discentes –, considerando-o como produção de conhecimento?

Na obra *A Educação do ser poético*, o escritor Drummond (1974) abordou o desprestígio dos textos poéticos na escola, levantando vários questionamentos: *Por que motivo as crianças de modo geral são poetas e, com o tempo, deixam de sê-lo? Não se trata, portanto, de que a escola assuma a responsabilidade de “fazer poetas”, mas de desenvolver no aluno (leitor) sua habilidade para sentir a poesia, apreciar o texto literário, sensibilizar-se para a comunicação através do poético e usufruir da poesia como uma forma de comunicação com o mundo.*

Outra autora reflete que *“à medida que as crianças crescem, elas estudam a poesia de uma maneira menos intensa ou de uma forma mais técnica, e as atividades lúdicas vão ficando cada vez mais raras, assumindo o controle a tendência racionalizante”* (Maia, 2001, p.17).

O campo da enfermagem também vivencia este lado positivista, hegemônico e que enfatiza a racionalidade. Infelizmente a profissão ainda está voltada para o modelo educacional tecnicista – impedindo aos profissionais desenvolverem o potencial criativo, incluindo o poético.

Quando Carper identificou quatro padrões fundamentais do conhecimento de enfermagem – dentre estes o estético, a arte da enfermagem (Tomey, 2004) –, no mesmo período

surge o conceito brasileiro de enfermagem: *“a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais”* (Horta, 1979).

Mas, no contexto científico, pouco se observa a produção estética da enfermagem. Estudiosos têm discutido a prioridade ao conhecimento empírico e técnico em relação ao estético (Collieré, 2003; Santos, Gualtier, Figueredo, Petit, 2005; Siles González, 2014; Silva, 2001, 2003, 2010).

Muitos caminhos ainda a trilhar em prol do conhecimento estético, da multidimensionalidade, conectividade e outros conceitos da Teoria da Complexidade (Morin, 1990) – elementos importantes na modelagem da arte poética, da criatividade e da subjetividade do profissional.

Por exemplo, sendo de natureza subjetiva, é impossível a pessoa viver, conviver ou interagir sem a criatividade; sendo possível aumentar o número de pessoas quanto as suas potencialidades criativas, expressivas, estéticas, líricas (Assmann, 1988; Csikszentmihalyi, 1996). Esta afirmativa também se refere à Enfermagem, cujo objeto nuclear é a ação cuidativa - atividades relacionadas ao potencial criativo refletem no cuidado integral. Justamente no contexto educacional que esta autora experienciou a aprendizagem significativa. Como protagonista da construção do seu conhecimento, foi em roda e dialogicidade que a mente criadora da autora-poeta foi despertada pelo eu-lírico. Como Ser-Enfermeira ela transformou-se no processo (Bordenave, 1980), desmistificando e ressignificando seu saber, construindo o material poético deste estudo.

Neste século em que se propaga o discurso da inter e transdisciplinaridade, dentre as incoerências é que pouco se analisa a poesia como fonte de conhecimento. Vale destacar o filme histórico no século XX – A Sociedade dos Poetas Mortos (Schulman, 1989) –, que abriu ampla discussão sobre este problema, ou seja, a ênfase no ensino rígido, normativo e repressor, em detrimento da educação que valoriza as potencialidades estudantis. Este filme abordou a importância da arte sensível que gera o saber estético, a autonomia e a independência.

Precisamos de poesia para desenvolver o conhecimento estético da enfermagem? Qual a importância da poesia, ou como já denunciou Drummond, ela é vivida apenas pelas crianças? Será que a arte poética desapareceu do homem feito? – neste artigo trata do Ser-enfermeiro.

Este trabalho propõe analisar a poesia na enfermagem e refletir onde estão as sociedades que congregam aqueles que constroem o conhecimento estético em prol do cuidado integral. Objetivou-se, portanto, refletir e analisar a importância do texto poético para produção do conhecimento estético de enfermagem, utilizando como instrumento de análise um poema produzido pelo eu-lírico de uma enfermeira, baseando na Teoria da Complexidade.

METODOLOGIA

Apresenta-se neste estudo o relato de uma doutoranda em enfermagem cuja experiência foi o despertar do eu-lírico, que emergiu das reflexões individuais e coletivas. Da experiência estética foram produzidos textos poéticos, reflexivos e críticos, frutos da ressignificação do seu saber, visando contribuir na produção do conhecimento estético da enfermagem.

Referente à disciplina cursada – Cuidado de Enfermagem no desenvolvimento humano –, é



Musas - Minerva Among The Muses

obrigatória no PPGENF, Universidade de Brasília-Brasil. Trata-se de uma disciplina que aborda a construção do conhecimento como fundamental para o desenvolvimento humano e da profissão. Oferece as bases para compreender o corpo saber da enfermagem que estrutura a ciência do cuidado e o objeto da prática; propicia a reflexão crítica do saber e das abordagens metodológicas da prática e a pesquisa de enfermagem (Pinho, Jesus, Reis, Kamada, 2011).

Sobre a metodologia, na disciplina utilizaram as seguintes estratégias: aulas expositivas; discussão de artigos científicos e textos; seminários, estudos individuais e coletivos. No programa foram apresentadas referências básicas para ampliar a rede de conhecimento. Sendo protagonista na construção do seu saber, a autora, além da proposta acadêmica, mergulhou em outras fontes como: história da enfermagem, literatura poética, músicas e filmes. No processo de ação-reflexão-ação ocorreu o despertar do eu-lírico da autora. Ou seja, foram vivenciados os saberes construídos, desconstruídos e reconstruídos no processo reflexão-ação (Freire, 1996).

Partindo do princípio de valorizar o despertar do eu-lírico, a autora dialogou com o mundo interior e exterior, materializando a liricidade vivida. As poesias crítico-reflexivas foram recitadas perante o grupo; sendo distri-

buído o texto poético e publicado no moodle da disciplina.

Para construir este trabalho, o material de pesquisa foi tratado de maneira reflexiva e sistemática, apreendendo os significados da estética, relacionando enfermagem e o poema produzido. Inspirou-se, principalmente, nas poesias de linha filosófico-existencial compostas por Cecília Meireles e Drummond. Posteriormente, o poema de autoria desta protagonista e selecionado para compor o presente estudo, foi analisado à luz da Teoria da Complexidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas referências das seguintes áreas do saber: enfermagem, filosofia, educação, sociologia, literatura, poesia e filme. Na análise baseou-se em alguns conceitos estruturantes.

Conceitos estruturantes: poesia, estética, conhecimento estético

Visando analisar o poema e elaborar a reflexão junto aos artigos selecionados, fundamentou-se em alguns conceitos relativos à temática do conhecimento estético e a Teoria da Complexidade.

Os conceitos explorados foram poesia, estética e complexidade.

Ao conceituar poesia, reportou-se à clássica obra de Aristóteles – a Poética –, pois este filósofo considerava a arte como *poíesis*, criação, ato de produzir, plasmar, organizar, configurar na realidade algo novo, um outro Ser (Sousa, 1966; Bastos, 1987). Assim a poesia tem definição ampla, não está restrita ao poema, mas também em paisagens, objetos e formas expressivas como culto, divertimento, jogo, ensinamento, relações humanas (Huizinga, 1996). Entende-se assim que poesia é a substância imaterial e o caráter do que emociona, toca a

sensibilidade e sugere emoções por meio de uma linguagem; poema é a obra em verso em que há poesia, é produto empírico, tem existência concreta e usa palavras como matéria-prima. O poema destaca-se pelo modo como se dispõe na página. Cada verso tem um ritmo específico e ocupa uma linha. O conjunto de versos forma uma estrofe e a rima pode surgir no interior dessa estrofe.

Quanto à expressão estética, é um termo que vem sendo utilizado desde a Antiguidade, mas atualmente com outro significado. Refere-se, de modo geral, à ciência ou à teoria do Belo. Entre os gregos usava-se o termo poética (*poíesis*) no sentido de criação e fabricação sendo aplicado à poesia e outras artes. Depois a estética passou a abranger toda a reflexão filosófica que tem por objeto as artes. A palavra estética vem do grego *aisthesis*, que significa ação genérica de sentir, à sensação, ao conhecimento sensorial ou sensibilidade – foi adotada pelo filósofo alemão Alexander Baumgarten (1714-1762) para nomear o estudo das obras de arte como criação da sensibilidade, tendo por finalidade o belo. Ou seja, engloba tanto o estudo dos objetos artísticos – conforme seu modo singular e sensível – quanto pelos efeitos que estes provocam no observador cujos significados só podem ser percebidos por meio da experiência estética – ou seja, o sentimento que ele suscita nos homens (Bastos, 1987).

Em relação à Teoria da Complexidade – chamada de desafio ou pensamento da complexidade –, é uma visão interdisciplinar dos sistemas complexos adaptativos, do comportamento emergente dos sistemas, da complexidade de redes, da teoria do caos, do comportamento dos sistemas distanciados do equilíbrio termodinâmico e das faculdades de auto-organização (Morin, 1990).

A personalidade criativa e as dimensões da complexidade

Para análise do conhecimento estético da enfermagem, fez-se necessário recorrer aos fundamentos sobre a personalidade criativa inerente aos poetas, artistas, filósofos e outras personalidades que utilizam da subjetividade para produzir as suas construções estéticas.

Segundo arrazoados de Amabile (1983), Arieti (1976), Csikszentmihalyi (1992, 1996), Martinez (1997) e Renzulli (1992), as pessoas podem tornar mais criativos, influenciados por fatores extrínsecos como: experiências criativas no sistema família-escola, ambiente adequado para reforçar os traços de personalidade, as dimensões da complexidade e demais atributos. Csikszentmihalyi (1996) revela três definições: a pessoa brilhante expressa pensamentos inusitados e estimulantes; a personalidade criativa refere-se às pessoas de percepção tranquila e cheias de insight; e pessoas criativas as que mudam a cultura com realizações notáveis.

Segundo Csikszentmihalyi (1996), as pessoas criativas possuem pelo menos dez dimensões da complexidade: *1-possuem grande energia psíquica em um polo e tranquilidade noutro polo; 2-são simultaneamente inteligentes e simples; 3-combinam brincadeira e disciplina, responsabilidade e irresponsabilidade; 4-alternam imaginação e fantasia necessárias para sentir o presente sem perder o toque do passado; 5-apresentam traços de introversão e extroversão; 6-apresentam-se como humildes/arrogantes, ambiciosos/altruístas, competitivos/cooperadores; 7- são cuidadosos, sensíveis e rígidos, dominantes e submissos; 8-são rebeldes e independentes; 9-são passionais e objetivos nos trabalhos; 10-apresenta liberdade e sensibilidade, angústia e sofrimento seguidas de prazer e divertimento.*

Análise do poema Na argila poética, as minhas reflexões sobre a ciência dos cuidados

Para estudo sistemático do poema *Na argila poética, as minhas reflexões sobre a ciência dos cuidados*, o mesmo pode ser comparado à linha de produção literária de Cecília Meireles e Drummond, haja vista que a autora também trabalhou a linha filosófica e existencial trilhada por estes dois poetas ilustres, representantes da arte de poetar brasileira.

Cecília Meireles cultivou uma poesia reflexiva, de fundo filosófico, que aborda, entre outros, temas como a transitoriedade da vida, o tempo, o amor, o infinito, a natureza, a criação artística. Drummond representa a segunda geração de modernistas, pela poesia do questionamento da existência humana, do sentimento de “estar-no-mundo”, das inquietações social, religiosa, filosófica, amorosa (Cereja, 1999). Sem dúvida que algumas obras destes notáveis poetas contêm os princípios da Teoria da Complexidade de Edgar Morin.

Quanto ao poema básico, instrumento de análise deste estudo, também foi analisado e será discutido adiante considerando aspectos de estrutura poética – contém o título, 41 versos, quatro estrofes e rimas – relacionando-o às referências estudadas e à luz da Complexidade.

Análise da primeira estrofe

Na primeira estrofe, composta de doze versos, observa-se a inquietação do eu-lírico filosófico e existencial da poeta despertado para o exercício de ação-reflexão-ação. A autora coloca-se como protagonista no chamamento lírico, refletindo a própria prática profissional. Mostra que a reflexão além do exercício interno e individual é também de natureza coletiva, “em roda e dialogicidade”.

Ano novo me chamando para reflexão / A necessária ressignificação / Tal qual a argila

pelo oleiro trabalhada / Criada, re-criada, em constante transformação / Em roda, praticando a dialogicidade / Doravante, em constante análise e pensar, / Sobre a vida, o mundo, a profissão, / Sobre o processo aprender e ensinar / Sobre a práxis refletida, em dialética. / Dias de construção da minha essência/ Dias de reflexão sobre a transcendência / Da prática Enfermagem e o mundo da ciência.

Para fundamentar a estrofe acima, como o poema foi elaborado no contexto educacional, é importante destacar que a aprendizagem significativa, individual, mútua e coletiva promove e produz sentidos nos espaços dialógicos (Merhy, 2012). Sendo sujeito desta construção conceitual, a autora vivenciou a máxima de Bordenave (1980,p.10) *“uma pessoa só conhece bem algo quando transforma, transformando-se também ela no processo”*. Este ideário de educação, libertador, é próprio do cuidar que se estabelece na parceria, comunhão, relações subjetivas, mesclada com sonhos, dores, alegrias e das emoções inerentes à complexidade.

Os encontros acadêmicos são espaços de aprendizagem significativa, contrariando os estudos que consideram que no nível superior não há lugar para a criatividade. Estes encontros devem oferecer atividades para desenvolvimento de habilidades de comunicação, como a produção da arte poética e estética, corroborando ao pensar de Drummond (1974) e Maia (2001).

Importante destacar uma cena do filme *A Sociedade dos Poetas Mortos* (Schulman, 1989), na qual o professor John Keating provoca os estudantes para alterar a dinâmica da aula de modo que eles enxergassem a sala com outro olhar e novo ângulo. A partir daquela experiência os estudantes são incentivados para gostar de poesia, despertando a autonomia dos alunos para escrever as suas ideias e sentimentos profundos, levando-os à visão crítica da sociedade vivida. Foi um exemplo

claro de estímulo do conhecimento estético mediado pela poesia.

Na estrutura do texto poético Na argila poética, as minhas reflexões sobre a ciência dos cuidados, concebido em espaço acadêmico, aborda acerca de sonhos, subjetividades, diálogo, escuta qualificada, toque e dialogicidade. Os atores de ambiente acadêmico podem contribuir na produção do saber, pois são sujeitos do vivido, do pensar crítico e prática refletida.

A autora abriu o seu campo de complexidade, e no mundo real da disciplina fonte do poema, vivenciou a roda dialógica, na qual deparou com a essência de si mesma e suas potencialidades. Como protagonista do seu saber, retornou ao húmus, à argila poética, à sua essência poiésis, tornando-se livre para poetar, criar, recriar, modelar, construir e reconstruir o saber, movimento inato do poeta na acepção de Aristóteles (Bastos, 1987; Sousa, 1966, Hui-zinga, 1996).

A disciplina como canal de fruição poética permitiu à autora relacionar a obra poética ao conhecimento estético, assentado no conceito de cuidado como *“... uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”* (Ayres, 2004, p.74).

O estudo de Vale et al (2009) avança além história de teor científico, para a reflexão sobre os saberes e práxis em Enfermagem. Em suas reflexões, apontam a visão atual e inovadora do conhecimento ao desfazer as certezas, vendo o saber de modo global, com características dinâmicas, delimitadas pelo movimento de “desconstrução” e “construção”. Desconstrução não vista como algo aniquilador, mas processo contínuo de aprendizagem.

Sobre a práxis, Vale et al (2009) apresentam definição do ser humano na dimensão global e que se autoproduz pela dialética. Importante

destacar também que a práxis em Enfermagem se constrói libertadora, solidária, emancipatória pelo entrelaçamento de saberes e fazeres do cuidado que converge em ciência, ética, arte e estética. É nessa práxis que coexistem situações complexas, adversas e conquistas que os novos caminhos para a Enfermagem são construídos.

Análise da segunda estrofe

Ao ser analisada a segunda estrofe, composta por onze versos, o conhecimento estético de enfermagem enfatiza as subjetividades necessárias para o encontro relacional entre o Ser-profissional que realiza o cuidado e o Ser que recebe o cuidado.

Vivencio neste caminho de construção / O processo também de desconstrução / Que precisa dos seguintes elementos: / Argila, água, cuidado, emoção. / Muito se desvelou nas minhas memórias / Canal aberto para aprender a aprender: / Sobre Filosofia, constructos e ciência, / Saberes, práticas e conceitos a rever. / Epistemologia? Eu tenho que entender / E Também algumas diferenças: / Cuidado, cuidados e assistência.

Elementos necessários para a modelagem do cuidado estético

A segunda estrofe é desenvolvida em movimento singular, mesclando a fruição poética com termos e conceitos essenciais para gerar conhecimento na base estética. São referenciados elementos da base subjetiva como a argila, a água, o cuidado e emoção – estes elementos oriundos da natureza poética têm a energia, o movimento que auxilia na modelagem, construção e reconstrução humana. Aristóteles já mostrava a natureza humana complexa, modelada na arte poética – sua obra Poética é fundamental para entender a concepção estética.

Fazendo correlação com a ciência e arte enfermagem definida por Horta (1979), esta teó-



Musas - Parnaso. Mantegna

rica recorre ao pensamento estético, inovando a assistência ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), via sensibilidade com vistas ao atendimento de suas necessidades básicas.

Ainda na segunda estrofe, também emerge o pensamento estético e complexo autoral, fundada na abordagem transdisciplinar dos fenômenos, poetando sobre a mudança de paradigma, explorando a criatividade e também o caos, quando fala da construção e desconstrução.

Para atuar na enfermagem os profissionais precisam de vários conhecimentos frente às situações complexas (Brasil, 2001). Assim, o profissional, para alcançar este perfil, precisa recorrer à sua essência subjetiva, passar pela modelagem da argila, construir-se e reconstruir-se diariamente para desenvolver o cuidado, estimular as potencialidades, trabalhar as emoções, deixar-se conduzir pelo despertar do eu-lírico, pela fluência e movimento das águas que revitalizam e energizam o ser humano, porque *Conhecer melhor para melhor cuidar é reencontrar o sentido original do conhecimento; conhecer é nascer com o que descobrimos [...] e com o que aprendemos[...]. O conhecimento é uma dinâmica permanente daquilo que nos faz nascer cada vez mais para a vida. Os cuidados são fontes de conhecimento* (Collière, 2003, p.112).

Há riqueza da história dos saberes e dos cuidados. Para Collière (2003) os cuidados foram criados, inovados e gerados pelo saber. Ela define “ciência dos cuidados” no lugar de “ciência de enfermagem” – reportando-se à gênese, evolução e a involução dos saberes da prática do cuidar. Defende que os cuidados não pertencem aos enfermeiros, mas a cada pessoa para assegurar a própria sobrevivência. De igual modo, Siles González e Solano Ruiz (2011) contribuem com estudo referente à história cultural e a estética dos cuidados de enfermagem, objetivando esclarecer o papel da estética na organização e motivação dos cuidados na história.

Destaca-se a reflexão de Collière (2003) que os cuidados foram os cuidadores do saber, surgindo depois os saberes científicos desvalorizando os saberes natos, pelo rigor acadêmico. Segundo ela, no final da Idade Média o saber das pessoas letradas era valorizado, e o saber das não letradas era inferiorizado, objeto de desconfiança e condenação. Séculos depois, a própria ciência muda tal ordem e os saberes empíricos passam a ser investigados nas academias, por meio da antropologia e história oral – o estudo de Siles González e Solano Ruiz (2011) corrobora de forma substancial na análise desta trajetória histórica dos cuidados e estética.

Atualmente observa-se a supervalorização dos saberes científicos e as tentativas de valorizar os populares. Neste tópico, Collière (2003) reflete acerca da fragilidade da enfermagem; ou seja, a luta para construir o próprio saber, pois na questão científica o corpus doutrinária da profissão é oriundo geralmente de outras áreas. Ela destaca que o mundo dos cuidados tem riquezas, nuances, desejos e cheio de subjetividades – por ser feito da essência humana –, por isso, não cabe os ditames científicos, pois os usuários são sujeitos deste vivido, desta prática milenar.

Análise da terceira estrofe

Na terceira estrofe, que apresenta sete versos sonoros, a enfermeira-poeta mostra o processo de como a poesia foi construída dentro da modelagem estética. Novamente, utiliza o elemento da natureza – a argila poética – enfatizando este elemento que molda e faz moldar, constrói e reconstrói o aprender estético. No espelho da própria poesia, vê refletida sua autoimagem, identidade e subjetividades. Em síntese, mostra o encontro da sua essência, enquanto ser-enfermeira-poeta.

Figuras relacionadas à argila originam-se das minhas mãos / Pelo significado da mesma nesta aprendizagem / Quando Ayres fala sobre cuidado e reconstrução / Concordo, plenamente com a comparação: / O Ser é tal qual a argila que antes da modelagem / Precisa atravessar o rio atrás da sua identidade / Durante a vida, seu eterno processo de construção.

Nesta análise recorreu-se ao conceito de poesia defendido por Aristóteles e Huizinga como modelagem estética. Também fundamentou-se em Ayres (2005) como referencial ímpar pelas concepções, significados e enfoque da alegoria do Cuidado, oriundo da argila – este artigo contribuiu na ideia do poema, pela metáfora da argila, ancorando os significados e conceitos relacionados à ciência em enfermagem.

No processo de teorização sobre desenvolvimento do conhecimento, o conceito do Cuidado foi bastante significativo, pois ele sendo a “argila”, também é o primeiro, é o amálgama e o seu movimento chama à existência os demais. Ayres (2005) examina o Cuidado sob três categorias conceituais: ontológica, genealógica e crítica.

Destaca-se o seguinte conceito de cuidado como uma categoria que suscita a alteridade pelo movimento ativo de profissionais e serviços de saúde, até a presença do outro, promovendo



Musas - Paranaso - Poussin

do a otimização, a diversificação e a qualidade na interação eu-outro, além da ampliação dos saberes e fazeres em saúde na perspectiva interdisciplinar e intersetorial (Ayres, 2004,2005).

Sem dúvida que a produção do cuidado extrapola o ato técnico – centrado em procedimentos – sendo a ênfase as dimensões subjetivas que orientam a ação cuidativa integral: arte em todas as linguagens e gêneros estéticos, humanização, integralidade, equidade, acolhimento, vínculo, interrelação, interação, confiança, dignidade, espiritualidade, solidariedade, alteridade, carinho, confiança, responsabilidade e corresponsabilidade, ética, saber e prática compartilhados, praxis, pluralidade dialógica e inúmeros aspectos que envolvem a dimensão complexa (Ayres, 2004, Collière, 2003; Siles González, 2014; Siles González e Solano Ruiz, 2011).

Por isso, cuidado é a alma dos serviços de saúde, como bem definiu Merhy (2012). Todas estas características fornecem rico material para a inspiração e fabricação de poesias líricas, críticas, estéticas; incorporando, sem dúvida, o texto poético ao conhecimento estético da enfermagem.

Ressalta-se a importância da sociopoética como método de construção coletiva do conhecimento reconhecendo as pessoas como corresponsáveis pelos saberes produzidos (Santos, Gualtier, Figueredo, Petit, 2005).

Como estudioso da sociopoética relacionada à estética dos cuidados, Siles González (2014) a considera como uma ponte entre a ciência e a arte, na medida em que a mesma permite o desenvolvimento das dimensões subjetivas, intersubjetivas e complexas, e para emergir elementos estéticos do cuidado: a poesia, a criatividade, a intuição, a sensibilidade, as emoções e toda a riqueza inerente ao universo expressivo humano.

Análise da quarta estrofe

A quarta e última estrofe do poema é composta por onze versos, cantados liricamente sobre o mundo real, complexo, intrínseco e extrínseco da autora. Ao relacioná-lo à base do conhecimento estético, emerge a tríade: cuidado ciência, cuidado do outro e o cuidado de si.

A poeta-protagonista como pesquisadora e profissional revela a sua essência humana, o seu eu-lírico no compasso sonoro da arte, das relações diversas que podem ser estabelecidas, em dialogicidade. A última estrofe refere-se ao mundo da complexidade, que é constituído de diversidade, subjetividade, infinitas possibilidades, em constante movimento no mundo dinâmico que se torna uma eterna viagem – que só faz sentido para a autora esta viagem ser trilhada de modo estético, com poesia, criatividade, cores e flores.

Por isso, vou vivendo e construindo os meus dias / Na relação eu-tu, mix de diálogo e alteridade / Com minha família, meus pares, professores / E uma diversidade de irmãos e atores. / Hoje quero ser cuidada das minhas dores / Quero também produzir cuidado de enfermagem / Usando a ciência-arte e muita subjetividade / Moldando o meu self na argila, com criatividade / Busco a minha essência, no horizonte, eterna viagem, / Busco infinitas possibilidades e muitas cores / “Para não dizer que não falei das flores”.

Refletindo sobre a prática profissional, na construção do Ser-enfermeiro preocupado com diversos problemas, a questão emblemática do mesmo enquanto sujeito da ação cuidativa, é deparar com as fragilidades e o questionamento do seu papel profissional, em desequilíbrio com o cuidado de si. Assim, ele carece desenvolver o novo olhar – na perspectiva estética – ver o real, não olhando somente o objeto isolado, mas em conectividade: o mundo e as cíclicas mudanças, os sentimentos e sensações que mudam o próprio comportamento (Capra, 1990).

O cuidado de si trata da própria transformação estética do ser enfermeiro, aquele que compreende que a sua prática está relacionada ao seu mundo complexo não linear. O cuidado de si exige a compreensão filosófica e estética – subjetiva e intersubjetiva – relacionada às situações de ação terapêutica, à saúde individual, coletiva e das populações (Ayres, 2004).

Importante destacar na análise da quarta estrofe, um estudo (Vieira, Kamada e Alves, 2007) que identificou as percepções de auxiliares de enfermagem, sobre o cuidado de si. Trata-se de um estudo referenciado no Cuidado Transpessoal de Jean Watson. Utilizou-se a releitura da obra “Abaporu”, de Tarsila do Amaral, e da análise dos dados emergiram os seguintes resultados: o corpo para além dos cinco sentidos; a existência da ligação corporemente-natureza; o direito divino de ser cuidado; a ligação do cuidado com a sua plenitude de ser e viver no mundo.

Wiggins (2008) também favorece a discussão da quarta estrofe pela importância do mote: o desafio da mudança na enfermagem. Sua abordagem baseia-se na Ciência da Complexidade que possui características como a não linearidade e a imprevisibilidade. A estudiosa discorre sobre o desenvolvimento científico da enfermagem relacionado ao cuidar

flexível, sensível, não linear, não determinista, contendo princípios da complexidade. Propõe a reflexão sobre o sistema de saúde e enfermagem, na dimensão real e complexa. Enfatiza o desafio da mudança a ser vivido pelos enfermeiros, exercendo novos papéis no cuidado – via trabalho compartilhado que envolve todos os atores, incluindo o enfermeiro, paciente, família e comunidade.

Assim, no desfecho deste trabalho, defendemos a Teoria da Complexidade – dentro do desafio da mudança pois aborda a prática, reflexão diária e transformação social, contrapondo a visão reducionista do pensar linear e fragmentado. Muitos conceitos que constituem o tecido da Ciência da Complexidade foram identificados no poema analisado, elementos estes que constituem a arte estética e precisam ser desenvolvidos na construção do conhecimento de enfermagem. Dentre os conceitos estão presentes no poema *Na argila poética, a reflexão sobre a ciência dos cuidados*: auto-organização, autossimilaridade, imprecisão, conectividade, construtivismo, correlação, criticabilidade, dialógica, diversidade, fluxo, paradoxo.

Esta discussão amparou-se nestes conceitos complexos, transdisciplinares, que considera a ciência inacabada. Reportando a Carvalho (2003) que em suas reflexões sobre os constructos epistemológicos destaca a máxima de Moles: “a enfermagem é uma ciência-em-vias-de-se-fazer”. Ou seja, ainda há muito a trilhar no conhecimento estético da enfermagem. Um dos caminhos pode ser via arte poética, pela riqueza de elementos estéticos essenciais no cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, no campo filosófico e estético, filósofos e educadores se dedicaram no campo das artes, viajaram nas asas da imaginação, antes de seus sonhos tornarem-se reais, e

hoje fatos históricos fundamentam a ciência. Na enfermagem destacam-se as pioneiras Florence Nightingale e Wanda Horta – a última inovou o conceito de enfermagem como ciência e arte.

Conforme o referencial estudado, o conhecimento estético permite cuidado baseado na criatividade nos vários cenários – educacionais de vários níveis, serviços de saúde instituídos, comunidades, praças, no mundo – considerando os desafios a enfrentar como a atenção integral, pois a cultura de produção de cuidados tem natureza estética e complexa.

A complexidade e suas implicações são as bases do pensar de Morin, que vê o mundo como um todo indissociável e propõe a abordagem multidisciplinar e multirreferenciada da construção do conhecimento. Neste sentido, transdisciplinar e multirreferenciado – também inacabado – ainda há muito a trilhar para alcançar a concepção integral de saúde, fruto da produção científica, oportunizando a fabricação científica que contempla todos os padrões do saber.

Consideramos que o desenvolvimento do conhecimento estético deve ser de tal modo que as dimensões sejam trabalhadas em conectividade, incluindo elementos do tecido da complexidade como a arte poética, criatividade, subjetividade e intersubjetividade do profissional que realiza ações cuidativas singulares. Este é o desafio do conhecimento estético em enfermagem: o olhar mútuo, transdisciplinar, dialógico, em troca de saberes, nos cenários de saúde reais e complexos.

Adotar a Ciência da Complexidade contribui para construção do conhecimento estético de enfermagem em prol do cuidado cultural a ser realizado às pessoas, famílias e populações, utilizando além de técnicas e procedimentos, a subjetividade, sensibilidade e muita poesia.

REFERÊNCIAS

- Alencar EMLS. (1995) Developing creative abilities at the university level. *European Journal for High Ability*, 6, 82-90.
- Alencar EMLS. (1997) O estímulo à criatividade no contexto universitário. *Psicologia Escolar e Educacional*, 1(2-3), 29-37.
- Alves R. (2001) Entre a ciência e a sapiência. O dilema da educação. São Paulo: Edições Loyola.
- Amabile TM. (1993) *The social psychology of creativity*. New York: Springer-Verlag.
- Andrade CD. (1974) A educação do ser poético. *Arte e Educação*, ano 3, n.15.
- Arieti S. (1976) *Creativity: The magic synthesis*. New York: Basic Books.
- Assman H. (1998) *Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ayres JRCM. (2004) Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.
- Ayres JRCM. (2005) Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Em Minayo, MCS; Coimbra Jr, CEA (Org). *Críticas e Atuantes, Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Cap 6 (91-108).
- Bastos F. (1987) *Panorama das idéias estéticas no ocidente (de Platão a Kant)*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Bordenave JD, Pereira AM. (1995) *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 15ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Brasil. (2001) Resolução CNE/CES. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
- Capra F. (1990) *O ponto de mutação*. Filme baseado na obra *The Turning Point* de Fritjof Capra. Direção Bernt Capra. Duração 126 min. Cannes Home Vídeo.
- Carvalho V. (2003) Sobre construtos epistemológicos nas ciências – uma contribuição para a enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem* 2003 jul-ago; 11(4):420-8.
- Cereja WR. (1990) *Português: linguagens: literatura, produção de texto e gramática, volume III*. São Paulo: Atual.

- Csikszentmihalyi M. (1992) A psicologia da felicidade. São Paulo: Saraiva.
- Csikszentmihalyi M. (1996) Creativity: Flow and the psychology of discover and invention. New York: HarperCollins.
- Collière MF. (2003) Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª edição, Portugal: Lusociência.
- Freire P. (1996) Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra.
- Gardner H. (1970) Art through the Ages. Harcourt: Brace and World.
- Goldschmidt L. (2004) Sonhar, Pensar e Criar: a educação como experiência estética. Rio de Janeiro: Wak.
- Horta W. (1979) Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU.
- Huizinga J. (1996) Homo Ludens: o jogo como elemento de uma cultura. São Paulo: Perspectiva.
- Lerroy P. (1972) La Vita di Leonardo da Vinci. A Vida de Leonardo da Vinci. Diretor Renato Castellani, Gênero Drama, Duração 325 min, Itália.
- Maia MAS. (2001) O texto poético: leitura na escola. Maceió: EDUFAL.
- McEwen M, Wills EM. (2009) Bases Teóricas para Enfermagem. Porto Alegre: Artmed.
- Meireles C. (1973) Poesias completas: Viagem/Vaga música. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Merhy EE. (2012) O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/Cinaematocuidar.pdf>> Acesso em 10 de mar 2014.
- Morin E. (1990) Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pinho DLM, Jesus CAC, Reis, PED, Kamada I. (2011) Programa disciplina Cuidado de enfermagem no processo de desenvolvimento humano. Universidade de Brasília.
- Rogers ME. (1970) An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Santos I, Glautier J, Figueredo NMA, Petit SH. (2005) Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética. São Paulo: Atheneu.
- Schulman T. (1989) A Sociedade dos Poetas Mortos, dirigido por Peter Weir, EUA: Disney. (vídeo).
- Siles González J, Solano Ruiz MC. (2011) Cultural history and aesthetics of nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Sep.-Oct.;19(5):1096-1105.
- Siles González, J. (2014) El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropológica. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>>
- Silva O. (1987) O Sol da Justiça. Goiânia: Gráfica e Editora Primavera.
- Silva O. (1990) Poemas Tragédia e Tum-Trá. In: Outros Poemas, Coletivo de Poetas. Brasília, DF. Volume 3 da Coleção Escriba. (p. 117-118).
- Silva O. (2001) A criatividade no ensino superior de enfermagem à luz dos componentes do processo ensino-aprendizagem: o professor, o aluno e o currículo [dissertação de Mestrado em Educação]. Brasília (DF):Universidade Católica de Brasília.103 f.
- Silva O. (2002) REBEN: Ah! Se todos fossem iguais a você aos 70 anos. Rev Bras Enferm, 55(3), 245-8.
- Silva O. (2010) Miriã, uma Enfermeira Bambambã. São Paulo: Scortecci.
- Silva O; Alencar, EMSL. (2003) Criatividade no ensino de enfermagem-ênfoque triádico: professor, aluno, currículo. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) nov/dez;56(6):610-614 .
- Sousa E. (1966) Poética de Aristóteles. Trad. Pref. Introdução. Comentário e apêndice de Eudoro de Sousa. Porto Alegre: Globo.
- Tomey AM, Alligood, MR. (2004) Teóricas de Enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5 edição. Portugal: Lusociências.
- Vale, EG, Pagliuca, LMF, Quirino, RHR. (2009) Saberes e práxis em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm jan-mar, 13 (1): 174-180.
- Wiggins, MS. (2008) The Challenge of Change. Em: Lindberg C, Nash S, Lindberg C. On the Edge: nursing in the age of complexity. USA: Plexo Press, (1-22).

Tratado rápido de filosofía y otros poemas

Fast Treaty of philosophy and other poems

Da filosofía Tratado Rápido e outros poemas

Bartolomé Nieto Munuera

1Poeta, licenciado en Filosofía y Letras por la Universidad de Granada y formador experto por la Universidad Complutense de Madrid.

Cómo citar este poema en edición digital: Nieto Munuera, B. (2014) Tratado rápido de filosofía y otros poemas. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.04>

Correo electrónico: Carmen Pérez Gutiérrez <carmenpg9@gmail.com>



ABSTRACT

We present in “Fast Treaty of philosophy and Other Poems”, four poems selected from three poetry books written by Bartolomé Nieto Munuera, tireless crosser lyrics and feelings seas subject to tides, algae and mosses: Ribera de la entropía, La estirpe del aire, y Noches de Quart Hadasht. Although he died prematurely, this great poet had time to give us a strong and consistent work where saturated interpretations abound intelligence and aesthetic whose serenity rocks in critical thinking dialectically verses giving us an almost unfathomable depth. Nieto interpreta a realidade como a vida e pensa deixando um perfume delicado translúcido segue lentamente o ritmo da pura beleza deste poeta culto e intuitiv.Nieto interprets reality as he lives and thinks segregating

a delicate perfume that emerges slowly in time to the unredeemed neatness of this poet cultivated and intuitive.

Keywords: poetry, anthro-poetic phenomenology

RESUMO

Apresentamos “filosofia Tratado rápido e Outros Poemas”, quatro poemas selecionados três poemas escritos por Bartolomé Nieto Munuera, nadador incansável Mares letras e sentimentos sujeitas a marés, algas e musgos: Banco da entropia, O ar linhagem Noites e Hadasht Quart. Apesar de sua morte prematura, este grande poeta tem tempo de sobra para dar-nos um trabalho forte e consistente, onde há muitas interpretações da inteligência e da estética, cuja serenidade é balanceada na dialética e os versos críticvo pensamento e nos dá uma profundidade quase insondável. Nieto interpreta a realidade como a vida e pensa deixando um perfume delicado translúcido segue lentamente o ritmo da pura beleza deste poeta culto e intuitivo.

Palavras -chave: poesia, fenomenologia antro-poética.

RESUMEN

Se presentan en “Tratado rápido de filosofía y otros poemas”, cuatro poemas seleccionados de tres poemarios escritos por Bar-

tolomé Nieto Munuera, surcador incansable de mares de letras y sentimientos sujetos a mareas, algas y musgos: Ribera de la entropía, La estirpe del aire, y Noches de Quart Hadasht. A pesar de su prematura muerte, a este gran poeta le ha sobrado tiempo para regalarnos una obra intensa y coherente donde abundan interpretaciones saturadas de

inteligencia y una estética cuya serenidad se mece dialécticamente en el pensamiento crítico regalándonos versos de una profundidad casi insondable. Nieto interpreta la realidad como la vive y la piensa dejando translucir un perfume delicado que se desprende lentamente al son de la pulcritud irredenta de este hermeneuta culto e intuitivo.

Tratado rápido de filosofía

“Vivir para mí es extender la muerte”
(Al-Mutanabbi)

El tiempo blando
El amor caníbal
La belleza trágica

Lastimosas palabras
Sueño amagado

El arte
 Cadáver místico
Entre carne
Y sentimiento

Generalmente
 Me caigo del deseo.

Bartolomé Nieto Munuera (2006) Ribera de la Entropía. Editorial Alhulia, Salobreña: p-68

La antesala

Para el lento viaje de las algas
que ha de llevarme a vuestra paz de limo
tengo preparados los estigmas, el sueño
en custodia y la incólume acidez
 in techo.
He doblado bien mi ropa
tengo dispuesto el aparejo
limpios los zapatos bajo la cama
las gafas rectas, mi lisa vocación
 de muerto en el armario
Me acompañan los incendios del agua
clavados en la nuca y la hiel vociferante
 del neón en el vestíbulo abyecto.
Desde esta laguna oscura atisbo
las palabras que han dejado de ser inocentes
la luz sofista de los bosques
el hervidero gregario
 de los ángeles caídos
Me acompañan los lamentos lejanos
de un parto de arañas y escupo
la memoria todavía insolente
 de una playa desnuda
Montado en los ojos de la noche
camino, pertrechado de olvidos,
a ese tálamo ruín que nos espera
con el metal que atruena en los versículos
en la implacable pretensión del aire.

Bartolomé Nieto Munuera (2014) La Estirpe del Aire. Editorial Alhulia, Salobreña: p-32.

Suicidio azul

(El Portús)
De pie
En el acantilado
(cortar)
Las amarras

Bartolomé Nieto Munuera (2014) Noches de Quart Hadasht. Huerga & fierro/ Colección el Diván, Madrid: p-43

Espartaria

Para beber de nuevo la luz escondida
De los muelles
Hemos vuelto de otra noche inmortal
En inocentes sintagmas de futuro
Con las jarcias roncadas y las manos
De yesca
Al útero eterno de un cielo impostor
Donde cuelgan del aire
Las palabras nuevas
Duerme nuestra patria de albardín
En finas jeringuillas de alacranes
Mientras las aves soeces practican
La eutanasia al día.

Bartolomé Nieto Munuera (2014) Noches de Quart Hadasht. Huerga & fierro/ Colección el Diván, Madrid: p-23



Historia

La enfermería como “recurso”: el proceso de profesionalización de la enfermería en la década del ‘70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico- hegemónico

Nursing as a “resource”: the profesionalization process of nursing in the 70’s, between State policies and the medical-hegemonic model.

A Enfermagem, como um “recurso”: o processo de profissionalização da enfermagem na década de ‘70, entre as políticas de Estado e o modelo médico- hegemônico

Esteban Justo

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata

Cómo citar este artículo en edición digital: Justo, E. (2014) La enfermería como “recurso”: el proceso de profesionalización de la enfermería en la década del ‘70, entre las políticas de Estado y el modelo Médico- hegemónico. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.05>

Correspondencia: Ituzaingo 3520, Mar del Plata, Argentina. Código Postal 7600

Correo electrónico: “estebanjusto@hotmail.com”

Recibido: 02/03/2014; Aceptado: 17/05/2014



ABSTRACT

This research is an attempt to portray the changes in nursing professional practice, placed in the 70’s at the INE “Juan H Jara”, as well as the different changes in State policies and it’s relationship with the medical corporation.

We analyzed the nursing discourse and compared it with documents of this time, in

an attempt to shed light on the dynamics and structure of the social processes of reproduction, that had a gradual “invisibility” effect on nursing practice. Nursing has been considered as a “resource” by doctors, much like medical supplies, so that they could “stock up” or dispose of, according to momentary needs, this “instrumentalisation” is relatable to difficulties for the development of critical analysis and collective processes of resistanse to professional alienation.

Keywords: Nursing history – Hegemonic Medical Model – Social capital – Crisis.

RESUMO

A pesquisa procura dar conta das mudanças que ocorrem com a prática profissional de enfermagem do INE “Juan H Jara” da década de 70, as várias mudanças do Estado nacional

e suas relações com a medical corporation. Confrontando o discurso enfermeira com os documentos e dados do tempo, temos tentado interpretar aquilo que foi a estrutura e dinâmica dos processos de reprodução social, que teve como resultado a progressiva “invisibilidad” das práticas de enfermagem. Enfermagem foi considerado como um “recurso” pelos médicos, o que não é muito diferente de outros insumos, que poderia construir e desfazer segundo as necessidades do momento, esta instrumentalização está relacionada com as dificuldades no desenvolvimento de competências de análise crítica e resistência colectiva para o alienante dos processos dentro da profissão.

Palavras -chave: História da enfermagem – Modelo medico-hegemônico – Capital social – Crise.

RESUMEN

La investigación que nos planteamos busca dar cuenta de las transformaciones acaecidas a la práctica profesional de enfermería en el INE “Juan H Jara” en la década de los 70, los distintos cambios del Estado nacional y sus relaciones con la corporación médica. Cotejando el discurso enfermero con documentos y datos de la época, intentamos interpretar cuál fue la dinámica y estructura de los procesos de reproducción social, que tuvieron como resultante la gradual “invisibilización” de las prácticas de enfermería. La enfermería fue considerada como un “recurso” por los médicos, no muy distinto de otros insumos, que podían construir y deshacer según las necesidades coyunturales, esta instrumentalización se relaciona con las dificultades para el desarrollo de la capacidad de análisis crítico y la resistencia colectiva a los procesos alienantes dentro de la profesión.

Palabras clave: Historia de la enfermería – Modelo Medico Hegemónico – Capital social – Crisis.

INTRODUCCIÓN

La investigación que nos planteamos busca dar cuenta de las transformaciones acaecidas a la práctica profesional de enfermería, en el Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” en Mar del Plata, Argentina (en adelante INE).

Tomamos como premisa la teoría de que el perfil de enfermería surgió en nuestras instituciones, condicionado por una disputa del “campo de fuerzas” de la salud, con otro grupo profesional que históricamente tiene un mayor grado de organización y ocupa un status hegemónico: los médicos. Colliere (1986) plantea que el desarrollo histórico de los saberes de la enfermería están íntimamente vinculados a la “invisibilización” de la cultura de la mujer por parte del patriarcado, primero a través de la Iglesia y luego en la relación de auxiliaridad establecida con los médicos, en lo que dio a llamar “la doble filiación conventual y medica”, y su lucha por romper ese yugo.

Enfocándonos en la historia de la enfermería argentina, Morrone explica como los procesos de profesionalización de la enfermería encontraban una enconada oposición por parte de grupos de poder, como la Iglesia Católica, que sostenían un modelo de salud “de beneficencia” (Morrone, 2012). Esta oposición se manifestó primero frente a la Escuela de Cecilia Grierson con la primera secularización de la salud bajo el impulso del higienismo, y luego en las expresiones más avanzadas del desarrollo de una “nueva enfermería”, que la autora sitúa en la escuela de enfermería de la Fundación Eva Perón. Esta “nueva enferme-

ría” expresaba una paradigma de enfermera con autonomía de la figura de los médicos, profesional y técnicamente solvente, contradiciendo los valores y la estética de subalternidad impuestas al género femenino de la época. Vemos aquí un enfrentamiento de proyectos que tienen que ver con contenidos de clase y de género, y consideramos que se puede enriquecer esta perspectiva analizando los cambios del Estado nacional y sus relaciones con la corporación médica, ya que esta dinámica es la que le determina al sistema de salud en sus rasgos principales: entendemos como Modelo Médico-Hegemónico el monopolio del capital, tanto simbólico como material, que detenta esta corporación en campo de la salud. El Estado actúa como socio, regulando o desregulando, avanzando o retrocediendo, ejerciendo el poder en una alianza estrecha, para resguardar sus ganancias y su posición hegemónica. En estos procesos se abren y cierran establecimientos, se adoptan modalidades de trabajo y se desechan otras, siempre supeditadas a la lógica capitalista, donde la salud es principalmente una mercancía y no un derecho.

Como en la mayoría de las relaciones de poder en la sociedad de clases, la dominación sobre los enfermeros en tanto clase subalterna, suele tener un cariz despiadado, y muchas veces termina instrumentalizando a los sujetos. Esto queda expresado claramente en el discurso enfermero del INE: “...Acá siempre hubo esa cultura de ‘úsemos a enfermería’ para sacar adelante cosas que después era rédito de los médicos, eso termino agotando a los profesionales de enfermería” (L.S., entrevista personal, Noviembre 2013). Es necesario reconstruir los pormenores de este proceso, analizando el ejercicio del poder en la institución, y contextualizándolo en los vaivenes del modelo Estatal.

MÉTODO

Se trata de un estudio historiográfico, inspirado por un trabajo previo en el marco de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina, donde el autor esta finalizando su tesis de grado.

El punto de partida de toda historiografía es la problematización de lo actual a partir de una situación que se configure como posibilidad de realizar una investigación histórica. El campo de la historia es un campo de posibilidades que debe trabajarse con los “ahoras” a ser investigados (Padilha MICS, Borenstein MS. 2005). Los testimonios recogidos de los jóvenes profesionales de enfermería evidencian la sensación de no poder desarrollarse profesionalmente, de no poder desempeñar una actividad enriquecedora de la práctica, que produce una profunda desconexión con el colectivo profesional, y una desvalorización reflejando la crisis actual de la enfermería en el INE.: “después de muchos años de trabajo, te quema el cerebro que los compañeros (enfermeros) nos serruchemos los unos a otros el piso, entonces llega un momento que no te importa lo que le pasa al otro”, “entonces o te dejás estar, o trabajas para vos, solamente para vos, y no en función del colectivo enfermero, que debería ser como realmente se trabaja en enfermería” (L.E. entrevista personal, Octubre 2013)

Buscando el origen de esta crisis en la hipótesis que era consecuencia de las políticas neoliberales de los ‘90s, es que nos encontramos en la necesidad de “darle voz” a los hechos acaecidos en un periodo anterior. Para ello recurrimos a entrevistas en modalidad de “historia de vida” como fuentes primarias, efectuadas a enfermeras y personal que cumplía funciones en la institución, y documentos escritos como periódicos, Memorias institucionales e Historias clínicas.

Las fuentes secundarias fueron las obras que aportaron elementos para la revisión crítica y sistemática de las fuentes primarias, en un intento por interpretar cuál fue la dinámica y estructura de los procesos de reproducción social, que tuvieron como resultante la gradual “invisibilización” de las prácticas de enfermería, mientras que se reforzaba el “capital social” de otros colectivos profesionales, en perjuicio de aquellas.

DESARROLLO DEL TEMA

En un primer momento la enfermería en el INE tiene características de oficio más que de profesión, propio de un modelo de salud orientado hacia la “beneficencia”, donde las primeras “enfermeras” eran empíricas y fueron mucamas entrenadas por las monjas que aún residían y cumplieron funciones en enfermería hasta entrada la década del '70, hemos podido constatar registros del año '71 donde figuran en la hoja de evolución de enfermería la firma de la “Hermana Bernardita” que cumplía horario en la Sala de Mujeres de mañana.

Analizando los documentos de principios de esta década, encontramos evidencias de un ida y vuelta entre dos proyectos antagónicos de institución: Una de corte más asistencial y de orientación a la salud comunitaria, con rasgos nacionalistas, que en el INE se expresó en el modelo 1968-1973 y otra más técnica, supraestructural y burocrática, cuyos cuadros técnicos están vinculados con los organismos internacionales, que es la contracara de la anterior e identificamos con el proyecto de 1971-1976.

Estas dos recetas están vinculadas con una mayor o menor apertura del Estado a la influencia de los capitales internacionales, el desarrollo del capitalismo en la Argentina ha estado vinculado a distintos modelos, muchas

veces expresados en concepciones y proyectos antagónicos de nuestro país (Iriart, Nervi et al, 1994). En el INE esta lucha decantó en dos posturas con lineamientos claros en cuanto a las funciones de la institución en el sistema de salud, y los efectos que tiene esto sobre la enfermería son contundentes. Empezaremos por analizar el primero de estos modelos.

A principios de la década del 70, aprovechando las concepciones de modernización del Estado desarrollista, el entonces director Munaffo Daucia da refugio en el INE a un grupo de médicos que estaban peleados con el Centro Médico y las clínicas existentes en la ciudad, y que luego pasarían a fundar el Hospital de Comunidad, para ejercer como médicos de consultorio (E.C., entrevista personal, Octubre 2013). Esto cerraba la transición desde el modelo de atención de “beneficencia” en el INE, ya que la institución sería la sede de un ambicioso proyecto piloto: el “Centro Nacional de Lucha Antituberculosa de Mar del Plata”, cuya misión era la de poner en marcha un plan de salud Nacional destinado a erradicar la Tuberculosis coordinando todos los servicios de salud, con una jurisdicción que se extendía hacia el sur del país hasta Comahue y la Patagonia. La institución adopta características de tecnificación, a principio de junio de 1968 habían inaugurado unos modernos consultorios externos que por sus “comodidades de espera y circulación, y la vinculación rápida con Laboratorios y Sala de Rayos mejorando sensiblemente la atención brindada” (Memorias INE 1968 pag. 25).

Se postula una concepción interdisciplinaria del trabajo de atención: “una vez rotulado un paciente nuevo con tuberculosis por haber obtenido la confirmación bacteriológica, su historia clínica es complementada mediante los estudios pertinentes, por el servicio social,

el servicio de psicología y psiquiatría y el servicio de enfermería y su discusión es llevada al primer sábado de la semana en que se finaliza el estudio del caso.” (Memorias INE 1968 pag. 25)

Si bien este esquema sorprende por lo integrado y avanzado en sus concepciones, las entrevistas reflejan que las relaciones institucionales respondían en los hechos a un esquema verticalista y jerárquico: “Cuando estaba Munaffo (el Director) era bien militar todo acá, el era capitán de la Marina. Si no le gustabas... fuistes! “ , “Cada servicio tenía su color de uniforme diferenciado, eso era para saber a simple vista quien andaba dando vueltas, por fuera de su lugar de trabajo”(S.P., entrevista personal, Noviembre 2013).

En este clima de disciplina la enfermería ocupaba un rol central en las actividades, si bien marcado por las limitaciones del paradigma auxiliar-asistencialista, esto le exigió una integración como colectivo y un compromiso con sus tareas que fue destacado, el desarrollo de las enfermeras como “recurso” permitió establecer hasta un Departamento de Enfermería, con un “local adecuado para instalar las dependencias de la Jefatura del Departamento, lugar de reuniones, ambiente de trabajo administrativo, y como anexo, dormitorio para la Supervisora de Guardia.”

Se inició una modalidad de tratamiento “intermitente”, que quedó a cargo del personal de Enfermería “con estrecha coordinación con el Servicio Social”. El tratamiento se realizaba suministrando las drogas directamente en el domicilio del paciente, con lo cual algunas de las enfermeras trabajaban en un perfil de salud comunitaria: “El Departamento de Enfermería asumió funciones irremplazables en lo que se refiere a la atención de los enfermos, que se extendieron hasta la atención en el hogar y se

prolongo hasta la educación del paciente y sus familiares en cuanto hace a la prevención de las enfermedades y la protección de la salud.” (Memoria del INE año 1968 pag. 28). La tarea de enfermería extramuros abría la posibilidad de un ejercicio autónomo de la profesión.

Estas actividades exigían funciones docentes, de supervisión de prácticas, además motivaban una formación permanente como la concurrencia a los ateneos médicos. En el mes de Noviembre, por ejemplo “con motivo de celebrarse el Día de la Enfermería, se llevaron a cabo dos Seminarios: uno sobre acción del Centro Nacional de Lucha Antituberculosa en la Comunidad y el otro sobre Actualización de enfermería en la tuberculosis.”(Memoria del INE año 1968 pag. 42). Otra referencia indica los procesos de jerarquización y especialización que se iban dando hacia adentro del colectivo enfermero: “También se llevo a cabo el Adiestramiento en Servicio de Enfermería a cargo de la Jefe del Departamento Srta. Luisa G. Muller, al que concurre todo el personal de enfermeros y auxiliares del establecimiento.”

Estos testimonios explican porque en el imaginario actual de las enfermeras del INE se puede identificar al periodo del “Departamento” con la época de oro de la enfermería: “el recurso de enfermería se fue achicando, O. contaba que eran como quince, y antes era ‘Departamento’ de enfermería” “eso se perdió y también tiene que ver con cuestiones políticas” (G.J., entrevista personal, Noviembre 2013). Se observa que la enfermería había logrado la construcción de un espacio de relativa autonomía, que si bien se encontraba en un proceso de acumulación de capital social, parafraseando a Colliere, aún estaba muy vinculada a un “rol moral”, cuyo estatus dependía por el momento de la delegación técnica que en ella hacía el médico (Colliere, 1986).



Aunque fuera como “recurso” moldeable en manos de los médicos, la actitud entusiasta, casi militante, con la que las enfermeras aprovecharon ese espacio para desarrollarse, fue sin duda un impulso importante para la profesionalización.

Todo indica que a partir de 1971, los cambios políticos y de autoridades del gobierno proyectan para el INE un rol distinto, ya no como centro asistencial, sino en la supraestructura donde se producen los conocimientos y las categorías para entender la realidad.

El Decreto 1944 del 28/06/1971 postula claramente este nuevo perfil del INE, dice: “Que resulta indispensable constituir en el país un instituto altamente especializado en el estudio de los factores ecológicos que participan en las funciones de salud y enfermedad de los grupos humanos” y en un párrafo posterior aclara “...la transformación del instituto mencionado, en un organismo del más alto nivel de la Administración Pública Nacional”.

Esta misión estaba en consonancia con la vocación planificadora que asumía el Estado, como evidencia este párrafo de las Memorias de 1972: “Cualquiera sea el sistema económico político en juego, es responsabilidad de los

organismos de planificación, fijar prioridades para el financiamiento de los programas y las instituciones de cada área a fin de que se pongan en marcha los recursos humanos y físicos con que cuentan.”

Aquí el INE tiene la posibilidad de empezar a manejar con más fuerza un capital simbólico, como nos refiere Bourdieu(1985), la posibilidad de tener el monopolio de la ‘nominación’ es la capacidad de producir la visión legítima del mundo social. Es ni más ni menos que el poder de imponer la propia producción cultural o ideológica hacia adentro del campo de la salud, con la voz del Estado, a través de la epidemiología.

Se entiende porque la nueva situación trae aparejada una reestructuración y un reacomodamiento de los recursos y prioridades institucionales. En el nuevo esquema, el rol de la enfermera ligado a lo asistencial había perdido utilidad para los médicos, que rápidamente proceden a tomar medidas.

Podemos constatar que se produce la pérdida del Departamento de Enfermería como espacio diferenciado, pasando a depender del “Departamento Servicios Técnicos Auxiliares”, espacio que comparte con Farmacia, Radiología, Servicio Social y Estadística, cuya jefatura ocupaba un médico. Paralelamente hay llamativa omisión de mención tanto de las actividades como de las personas involucradas en enfermería en los distintos documentos de la época.

Asimismo la merma del personal fue notable, así como la variación en la composición del personal. De contar en 1968 con 59 personas en el Departamento, de las cuales había Supervisoras, Jefas de Sala, enfermeras y auxiliares, totalizando 22 enfermeras, en 1977 vemos que el Departamento de Servicios Técnicos contaba con 32 personas en total, de las cuales no se

discrimina cuantas enfermeras. En el balance de actividades de 1972 no se menciona a Enfermería en ninguna parte del informe, ni siquiera cuando se refiere a las prestaciones propias del servicio como vacunación y atención en la internación. Las actividades son presentadas como un informe estadístico donde solo constan el número y porcentaje de las prestaciones. Todo sugiere que se había reducido el rol de enfermería a unas cuantas técnicas de apoyo de baja complejidad.

El esquema que se proponía anteriormente para la atención de los pacientes, donde existía una integración de las distintas disciplinas, queda muy reducido, y la enfermería brilla por su ausencia. En las historias clínicas podemos ver que a partir de 1972 ya el control de contactos de Tuberculosis lo pasan a realizar las Asistentes Sociales, y no las Enfermeras Visitadoras. El clima institucional parece haber cambiado drásticamente.

Pero parece inevitable citar la famosa frase de Marx, que la historia se repite, primero como comedia y luego como tragedia, para referirnos al capítulo final de esta lucha entre dos modelos de INE contrapuestos, tal como lo habíamos adelantado. Entre 1973 y 1975, con la segunda Presidencia de Perón, se produce una recuperación del INE abierto a la comunidad, hay una revitalización en el discurso institucional que hace eje en la internación, en la integración de una política sanitaria más amplia, con una retórica populista. Con el ascenso de Cámpora a la presidencia se produce una “breve primavera de los sectores de izquierda alineados con el Peronismo”, en el cual se dan “intervenciones” que fueron de hecho tomas ejecutadas por los sectores juveniles de la militancia política, para evitar la continuidad del régimen castrense denominado “Revolución Argentina” en los organismos estatales (La Ca-

pital, 2011). El INE fue uno de los establecimientos que experimento esta “intervención”, que puso en funciones al Dr. Osvaldo Gatti: “A partir del 21 de Noviembre de 1973, iniciamos en el Instituto Nacional de Epidemiología una política sanitaria de puertas totalmente abiertas a la Salud de nuestro Pueblo” (Memorias INE 1974 pag. 1) “Otro objetivo de gran y fundamental importancia ha sido la de restaurar nuevamente la Sala de Internación que nunca debió dejar de funcionar en esta Institución.

Ya los pacientes no deben ser desarraigados de su núcleo familiar, ni trasladados a instituciones de otros partidos ni provincias. Con este logro social nuestra Institución reinicia su total identificación con la Salud de su Pueblo.” (Memorias INE 1974 pag. 2)

El racconto de los cambios en los documentos oficiales trasluce los enfrentamientos ideológicos y de concepciones: “Por razones que no es necesario entrar a analizar, el Instituto no contó mas con la Sala de Internación, a partir del año 1972, reemplazándose el espacio físico por el Departamento Administrativo Contable. Es decir que al pretender sobretecnificarlo se le hizo perder en gran parte, esa sensibilidad a la cual me refería, que recobra nuevamente en plenitud” (Memorias INE 1975 pag. 1).

Gracias a estos cambios el INE recobraba proyección en el plano nacional delineando políticas sanitarias, por lo cual se había instalado una Radioestación que comunicaba con “Central (Buenos Aires), Noreste y Noroeste Argentino, Cuyo, Comahue, Patagonia y Pampeana. Y solucionar problemas de urgencia medica, traslado de pacientes en aviones, ambulancia, pedidos de medicamentos, etc.”

De haber continuado este rumbo, posiblemente hubiera significado el resurgimiento de espacios autónomos para enfermería, sin em-

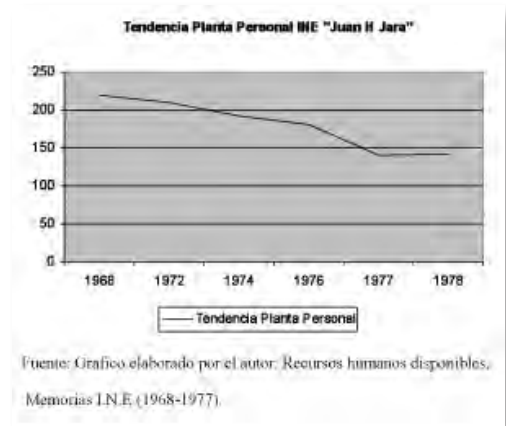
bargo los cambios en el campo social producidos luego del año 1976, muestran que la pugna entre estos dos modelos de institución se salda de manera abrupta y definitiva.

Es a partir del golpe militar de 1976 que la tendencia en la institución de limitar las funciones sanitarias se empiezan a manifestar desembozadamente. Podemos leer en el “Enfoque General” de las Memorias: “Un análisis de la situación del instituto, determino que era necesario adecuar la institución a sus fines específicos, desarrollando en forma preeminente las actividades de Investigación Epidemiológica y Docencia, con una faz asistencial de apoyo de dichas actividades, para revertir así el predominio de la labor asistencial que la institución había tenido en los últimos años.”, el lenguaje es preciso y breve, el tono es lapidario, “El referido análisis mostró la necesidad de redimensionar el área de acción del instituto, que hasta la fecha era todo el país.” Con esto se naturaliza en el INE el proyecto vencedor, dando por finalizadas las expectativas de aquellos que pretendían una acción sanitaria de “puertas abiertas”.

Las Memorias de 1977 nos indican que se firmaron diversas cartas acuerdos con organismos municipales, provinciales y nacionales para externar algunas de las funciones que había asumido el INE: “se mantiene de esta forma la actitud de integración expresada el año anterior y que tiende al aprovechamiento de los recursos y el mejor cumplimiento de los objetivos de las instituciones”. El neoliberalismo empieza a mostrar su lógica racionalizadora que luego desplegara con toda su fuerza en la década infame Menemista (ver Boron 2003).

La progresión de la planta de personal desde el '68 al '78 muestra un declive constante, que se agudiza abruptamente a partir del '76. Entre el '76 y el '78 se producen 55 bajas por

despido o renuncia, el doble que las bajas por toda causa en el periodo '68 a '74.



Para la enfermería, significo la desarticulación y progresiva licuación del capital simbólico que había podido acumular, proceso que no siempre es entendido en todas sus implicancias por los enfermeros, aunque si es asimilado como pérdida: “...este achique de ahora, no es de ahora, ya hubo muchos achiques, y en cada achique se perdió algo, se ganaron cosas y se perdieron” (O.P., entrevista personal, Octubre 2013).

Si bien el modelo de INE tecnocrático había finalmente triunfado, sin embargo el rol previsto para este como formador de políticas de salud nacionales, perdió vigencia junto con el modelo de estado altamente centralizado y la rápida sucesión de gobiernos contrapuestos. A medida que se fueron delegando desde la orbita nacional al ámbito de las provincias y los municipios las tareas más importantes en lo concerniente a la salud, el INE quedo como parte de una estructura obsoleta, un hueso del “gran elefante blanco” que fue alguna vez el Estado nacional.

Podemos ver en las Memorias de los '80s y de los '90s que más allá de algún convenio

con otras instituciones, el INE no presenta novedades en cuanto a sus funciones ni sus actividades. Solo se va reduciendo lentamente en su planta, con la consiguiente reducción en sus incumbencias.

En enfermería se produjeron algunas incorporaciones a mediados de los 80's, sin cambiar sustancialmente su status de relativa debilidad dentro de la institución. Un indicio de ello es que el título de Licenciatura, que como dice Bourdieu (1985) de los títulos profesionales, es un capital simbólico garantizado social y jurídicamente por el poder de nominación del Estado, no era respetado en la institución por los médicos y las enfermeras tuvieron que librar una lucha permanente para ser incorporadas en la estructura como parte del plantel profesional, lográndolo recién a mediados del 2012.

CONCLUSIONES

La lucha de la enfermería por encontrar su voz y su visión de la salud, la lucha desigual por construir su capital simbólico propio, se da en un espacio social donde la definición de los principios legítimos de división del campo la tuvieron siempre los médicos. En la visión de éstos, enfermería fue considerado como un "recurso", no muy distinto de otros insumos, que podían construir y deshacer según la necesidad de la coyuntura. Lamentablemente la enfermería en nuestro contexto siempre ha sido muy permeable a esta influencia. Queda planteado para futuras investigaciones averiguar como incide la despolitización generalizada en los ámbitos de la salud pública, y hasta que punto es atribuible al efecto de las constantes interrupciones a la vida democrática en nuestro país.

A los enfermeros les resulta muy difícil situarse por fuera de cierta concepción corporativista y técnico-asistencial de su rol, limitando

sus potencialidades para adaptarse a cambios y reacomodarse en escenarios diversos, acotando la posibilidad de realizar un análisis crítico ni ofrecer resistencia colectiva a los procesos alienantes. Estas carencias deben ser objeto de preocupación por parte de los que tienen poder de decisión en los ámbitos de formación profesional, es necesario lograr un perfil profesional de enfermería más crítico y autocrítico.

El caso del INE es paradigmático en este sentido: planteada la necesidad de recortes, las antemencionadas características hicieron de la enfermería el eslabón más débil de la cadena.

En Argentina, la crisis es ya una realidad naturalizada en nuestras instituciones de salud pública, y la provisoriedad y la necesidad se han convertido en regla, dando así por resultado situaciones de desidia y abuso, de desconcierto generalizado, y convirtiendo el desarrollo profesional en una empresa individual que no se vincula con las necesidades históricas de la profesión ni las de la sociedad a la que le debemos nuestros servicios. Es importante "poner en debate y tensión, tramos de la historia de la enfermería argentina" (Morrone, 2012), y también la enfermería universal, para posibilitar la apertura de nuevos horizontes en nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Borón, A. (2003) Estado Capitalismo y Democracia en América Latina. CLACSO, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1985) Espacio social y génesis de las "clases". Espacios, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1990) Sociología y Cultura. Ed. Grijalbo, Mejico. Disponible en: [http://www.armario.cl/2dat/3Apuntes/1Autores/Bourdieu/Bourdieu, P. - Sociolog%EDa_y_cultura_%5B1984%5D.pdf](http://www.armario.cl/2dat/3Apuntes/1Autores/Bourdieu/Bourdieu_P_Sociolog%EDa_y_cultura_%5B1984%5D.pdf)
- Iriart, C; Nervi, ; Olivier, B. Y Testa, M°. (1994) Tecnoburocracia Sanitaria. Lugar Editorial/ Colección Salud Colectiva, Buenos Aires.

- Colliere, M. (1993) Promover la vida, de la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana – Mc Graw Hill, Madrid.
- Diario La Capital, disponible en: <http://www.lacapitalmdp.com/noticias/La-Ciudad/2011/12/10/203259.htm>
- Giddens, A. (1982) Hermeneútica y teoría social, Capítulo 1 de Profiles and Critiques in Social Theory, University of California Press, 1982.
- Grassi, E. et al, (1994) Políticas Sociales: Crisis y Ajuste Estructural. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Grassi, E. (2004) Política y cultura en la sociedad neoliberal. La otra década infame (II), Espacio Editorial, Buenos Aires
- Lopez, S. (2006) El sistema de Salud Argentino, Material para la materia Medicina Social. Fac. de Trabajo Social – UNLP disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez_el_sistema_de_salud_argentino_%20El%20sistema%20de%20salud%20Argentino.pdf
- Memorias del Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” 1968-1977. Biblioteca del I.N.E “Juan H Jara”.
- Morrone B. (2012) Redimensionar la historia: Un diálogo provocador con nuestro pasado. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.01>>
- Morrone, B.(2013) Soltando Amarras. Claves para comprender la historia reciente de la enfermería argentina. Ediciones Suárez, 3º Edición. Mar del Plata.
- Padilha, M.I.C.S; Borenstein, M.S. (2005) O metodo de pesquisa histórica na enfermagem. Revista Texto Contexto Enfermagem. 14 (4): 575-84.
- Portantiero, J. C. (1089) La múltiple transformación del Estado Latinoamericano. Nueva sociedad..104: 88-94
- Villalva Beltrán, M. (2012) Sobre hermenéutica: de la Filosofía a la sociología empírica. Revista Española de Sociología. 17:. 9-26



Hospital de San Juan de Dios de Granada desde sus inicios

San Juan de Dios Hospital in Granada: a review from its beginnings Hospital de São João de Deus de Granada desde os seus primórdios

Jessica Medina García

Diplomada en Enfermería. Máster Nuevas Tendencias en Investigación en Ciencias de la Salud. Máster en Cuidados Integrales de Enfermería en Procesos Nefrológicos. Becaria del X Programa Minerva de la Fundación Index.

Cómo citar este artículo en edición digital: Medina García, J. (2014) Hospital de San Juan de Dios de Granada desde sus inicios. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.06>

Correspondencia: Calle Alcalá la Real nº 100, Edf. Jaima, Bloque 11, Piso 2c, CP 18013., Granada (Granada)

Correo electrónico: jmg.enfermera@gmail.com

Recibido: 25/11/2013; Aceptado: 15/02/2014



ABSTRACT

John of God was the epitome of hospitality and beneficent charity at that time. He practiced a humanistic Christianity consolidated by his acts in hospital care, which he universalized with time. John Ciudad Duarte was the “seed” of what is now the Order of the Brothers Hospitallers, with 1.000 members of the religious order, 30.000 workers and 225 centres around the world. The material and methods which have been used include documents published from 1995 to 2013, thanks to an exhaustive bibliography of electronic resources and books. For this purpose, we have taken into account variable such as its opening, historical, context, the role of Juan Ciudad Duarte and the health system at that time. Among the results, we can mention that in the Hospital of San Juan de Dios, patients were put in a

particular hospital according to their disease. Hygiene was of the utmost importance and patients’ urine and excrements were properly disposed of. The way mentally ill people were treated was new. The work was carried out by own bothers of the order.

Key words: Hospital San Juan de Dios, Granada, History, Nursing.

RESUMO

Juan de Dios foi o epítome da hospitalidade e caridade beneficente do tempo que ele viveu. Realizou um humanista cristianismo consolidou suas ações na assistência hospitalar ao longo do tempo universalizado. Juan Cidade Duarte foi a “semente” do que é hoje a Ordem Hospitaleira, com 1.000 religiosos, 30.000 trabalhadores e 225 centros em todo o mundo. O objectivo geral do estudo é o de enquadrar o Hospital San Juan de Dios de Granada a partir do momento da sua fundação até hoje. Os materiais e métodos tem sido para recolher documentos publicados 1995-2013, através de uma pesquisa bibliográfica abrangente utilizando recursos eletrônicos e em papel na Universidade de Granada, tendo em conta variáveis como a data de abertura, o contexto histórico, uma figura de Juan Duarte

de saúde da cidade e organização. Os resultados são mais proeminentes no hospital doente seleccionado os critérios de classificação, foi ótimo importancia da higiene e limpeza e que o tratamento dos doentes mentais era novidade. Cuidados de saúde é realizada por próprios irmãos de orden.

Palavras-chave: San Juan de Dios Hospital, Granada, História, Enfermagem

RESUMEN

Juan de Dios fue el máximo exponente de la hospitalidad caritativa y benéfica de la época que le tocó vivir. Practicó un cristianismo humanístico consolidado por sus acciones en la asistencia hospitalaria que universalizó con el paso del tiempo. Juan Ciudad Duarte fue la “semilla” de lo que es hoy la Orden Hospitalaria, con 1.000 religiosos, 30.000 trabajadores y 225 centros repartidos por todo el mundo. El objetivo general del estudio es enmarcar el Hospital de San Juan de Dios de Granada desde el momento de su fundación hasta nuestros días. El material y método empleados ha consistido en recopilar documentación publicada desde el año 1995 al 2013, a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica mediante recurso electrónico y en formato papel en la Universidad de Granada, teniendo en cuenta variables como fecha de apertura, contexto histórico, figura de Juan Ciudad Duarte y asistencia y organización sanitarias. Los resultados más destacados son que en el hospital seleccionaba a los enfermos por criterios de clasificación, se le daba gran importancia a la higiene y al aseo, y un trato novedoso con los enfermos mentales. La asistencia sanitaria se llevaba a cabo por los propios hermanos de la orden.

Palabras clave: Hospital San Juan de Dios, Granada, Historia, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Esta institución hospitalaria fue fundada por San Juan de Dios allá en el año 1539, estando situada primero en la calle Lucena y posteriormente en la Cuesta de Gómez (Larios Larios, 2004), trasladándose en 1554 a su ubicación actual en la calle de San Juan de Dios, dándole nombre a la vía. Es un hospital que a pesar de tener 470 años de historia, sigue vivo y continua desarrollando su labor asistencial. La mayoría de la literatura narra su historia hasta el siglo XIX, momento en el que los religiosos de San Juan de Dios se ven obligados a abandonar el hospital por la desamortización de Mendizábal, que produjo la exclaustración de la Orden Hospitalaria. Posteriormente pasó a ser gestionado por la Diputación Provincial de Granada. (Cambil, 2010)

El Hospital de San Juan de Dios destacó dentro de los hospitales granadinos del siglo XVI, ya que su fundación fue motivada por una manera de entender la caridad diferente a la acostumbrada para la época: el concepto medieval del buen morir. En el Hospital de San Juan de Dios se entendía la caridad hacia el prójimo en el sentido evangélico: *“amarás al prójimo como a ti mismo”*. La cultura del cuidado vista desde la perspectiva cristiana altruistamente transformó la sociedad y dio lugar al desarrollo de la Enfermería, a raíz de la cual surgió el cuidado de los enfermos y desvalidos (Fernandes de Freitas y Siles González, 2008). San Juan de Dios conoció de primera mano las necesidades de los enfermos, ya que intentó que los enfermos fueran cuidados con la mayor atención posible. Esto fue así porque él tuvo muy presente el trato inhumano que se le dio en el Hospital Real de Granada cuando estuvo internado, cosa que no quería que sucediera en su hospital. Allí se dio cuenta que era un error curar las enfermedades mentales con métodos de tortura (Fernandes de Freitas y Siles González, 2008). Para poder lle-

var a cabo la iniciativa del nuevo hospital creó una infraestructura con la ayuda de sus seguidores que compartían su mismo pensamiento. Este hospital fue el único de toda Granada que no fue supervisado para llevar a cabo su labor, ya que los demás estaban en manos de una burocracia que controlaba la labor asistencial o bien por patronos que descuidaban su tarea. La excepción fueron los hospitales dirigidos por las cofradías, ya que la asistencia de los mismos se basaba en prestar servicio entre sus miembros a cambio de una prestación económica. El hospital estaba abierto a todo tipo de enfermos independientemente del sexo y enfermedad. Se seleccionaban según algunos criterios como clasificación por dolencias, en un periodo histórico en el que los enfermos eran colocados sin considerar su enfermedad (García Monlleó, 1996). Por otra parte, también tenían en cuenta a los enfermos infecciosos separándolos del resto, evitando así el contagio y las infecciones. A diferencia de otras instituciones del período, en el Hospital de San Juan de Dios, toda persona que necesitaba asistencia era recibida de una forma directa sin ningún requisito previo. Cuando Juan Ciudad Duarte vivía los recibía él mismo, y después en su ausencia siguieron realizado este quehacer sus colaboradores.

La hipótesis de trabajo consiste en el convencimiento de que el Hospital de San Juan de Dios ha desarrollado una serie de singularidades a lo largo de la historia que le ha permitido permanecer activo hasta nuestros días. Por tanto, el objetivo del estudio es enmarcar al Hospital de San Juan de Dios de Granada desde el momento de su fundación hasta nuestros días y determinar las peculiaridades del hospital que han permitido que éste perdure a lo largo de su historia.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta revisión se ha llevado a cabo desde un punto de vista histórico, social y sanitario, me-

dante una búsqueda bibliográfica mediante recursos electrónicos en bases de datos científicas de ciencias de la salud, considerando como principales fuentes CUIDEN, SCIELO y PubMed, además del catálogo de los fondos bibliográficos de la Universidad de Granada para la consulta de documentos en formato papel y tesis doctorales. El método ha consistido en recopilar documentación publicada desde el año 1995 al 2013, teniendo en cuenta consideraciones como fecha de apertura, contexto histórico, figura de Juan Ciudad Duarte, asistencia y organización sanitarias.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

La fundación de este hospital se inicia a finales de 1539, en el momento en el que Juan Ciudad comienza su dedicación en cuerpo y alma a asumir la causa de los necesitados y enfermos, a los cuales buscaba y recogía por las calles, llevándolos al principio a los zaguanes de la casa de los señores Venegas (Cambil Hernández, 2010). Eran tantos los que acudían a él que tuvo que alquilar un local en la calle Lucena y posteriormente se ubicó en la Cuesta de Gomérez (Larios Larios, 2004). En esta segunda no hay una clara referencia bibliográfica de cómo se adquirió pues Francisco de Castro (Castro, 1995) cita que “le compraron una casa para hospital” y sin embargo, otros autores como el padre de la Chica refiere que fue Juan quien la compró. Fuera como fuese, San Juan de Dios carecía de medios para permitirse la adquisición de una propiedad, por lo que las limosnas y el recaudo de dinero fueron cruciales para su obtención.

El obispo Don Sebastián Ramírez de Fuenleal, perteneciente a la Chancillería de Granada fue quien le impuso el hábito y el nombre Juan de Dios (Martínez Hernández, 1999). Este acto de reconocimiento público hizo que la economía del hospital comenzara a regularizarse, ya

que numerosas personas pudientes colaboran con él y comienza a tener seguidores que actuaron como enfermeros (Cambil Hernández, 2010). De igual manera que sucedió en los anteriores hospitales, el de Cuesta de Gómez se fue haciendo poco a poco insuficiente por la gran afluencia de enfermos que llegaban a él. Llegó un momento en el que las limosnas no eran suficientes para atender a los enfermos como Juan quería y el hospital tenía deudas (Larios Larios, 2004). En una de sus cartas él mismo afirmaba que no podía salir a la calle porque la gente a la que le debía dinero se le echaba encima reclamando lo que era suyo. Ante esta situación tuvo que recurrir hasta la más alta nobleza, teniendo incluso que viajar en 1547 a la Corte en Valladolid para hablar con el rey Felipe II, el cual le concedió grandes donaciones (Ventosa Esquinaldo, 2012). Sin embargo, San Juan de Dios con su carácter caritativo que tanto le caracterizaba, no supo llegar a Granada con tales donaciones, pues iba repartiendo por el camino hacia la ciudad todo lo recaudado entre los pobres que se encontraba por donde iba. Por tanto, el hospital seguía en la misma situación de ruina. A pesar de todo, los granadinos se volcaron dándole apoyo económico. Posteriormente, Juan de Ávila aconsejó a San Juan de Dios diciéndole que era conveniente buscar otro lugar con mayor capacidad para los enfermos, por lo que en 1554 el Hospital de San Juan de Dios quedó ubicado en su lugar actual (Laborde Vallverdú, 1981).

En el hospital se atendían a todo tipo de necesitados tales como exsoldados, huérfanos, viudas, mujeres públicas (Martín Casares, 1995), mendigos, peregrinos e incluso moriscos (García Pedraza, 1995) entre otros. El enfermo cuando ingresaba tenía que confesarse ante el rector, lo que indica la gran influencia que tenía la iglesia (García Montelleó, 1996). En el siglo XVI, el edificio contaba con 6 salas de enferme-

ría y 25 camas. Era atendido por 25 religiosos, el Superior y la ayuda de una treintena de colaboradores, por lo que el personal del hospital era abundante y con una dedicación exclusiva de las tareas del mismo las 24 horas del día. Las medidas higiénicas eran equiparables a las que se llevan a cabo en los establecimientos sanitarios en la actualidad (Cambil Hernández, 2010), ya que entonces daban gran importancia a la higiene y al aseo, a la evacuación sistemática y correcta de las excreciones y orinas de los enfermos. Por otro lado, procuraban que los enfermos tuvieran cama individual y sábanas limpias, que los niños estuvieran separados de los adultos y de los pacientes infecciosos y que la asistencia estuviera distribuida con un orden a lo largo del día (comidas, medicinas y visitas médicas) (Ventosa Esquinaldo, 2012). Tras la muerte de San Juan de Dios, los Hermanos siguieron la labor de su antecesor teniendo solamente como guía las enseñanzas que este le había dado de palabra. Al carecer de normas escritas, los Hermanos fueron conscientes de la necesidad de dejar plasmado por escrito alguna serie de anotaciones como por ejemplo, un registro de las actividades diarias del hospital (Ventosa Esquinaldo, 2012). En éste se apuntaban los ingresos de los enfermos, su edad, fecha, situación en la que acudían al hospital, situación familiar, procedencia, y confesión entre otras. Por tanto, se puede considerar que San Juan de Dios comienza ya a prestar cuidados integrales: físicos, mentales, psicológicos, éticos, religiosos y sociales (Fernandes de Freitas y Siles González, 2008). Los reglamentos del Hospital de San Juan de Dios influenciaron la organización sanitaria española y en muchas otras partes del mundo (Fernandes de Freitas y Siles González, 2008).

San Juan de Dios fue el máximo prototipo de la hospitalidad caritativa y benéfica de la época que le tocó vivir. Practicó un cristianis-

mo humanístico consolidado por sus acciones en la asistencia hospitalaria tales como la relación enfermo y cuidador, en una época donde la enfermedad era considerada como un pecado. Tal era esta creencia cultural que la gente llamaba primero al sacerdote y de forma secundaria llamaba al médico (Santos Oñate Tenorio y Santos Oñate Tenorio, 2013). San Juan Ciudad Duarte fue la “semilla” que dio fruto a lo que es hoy la Orden Hospitalaria, con más de 1.000 religiosos, 30.000 trabajadores y 225 centros repartidos por todo el mundo. San Juan de Dios se adelantó a su tiempo en cuanto al concepto de asistencia sanitaria y de organización sanitaria, y gracias a la labor de la orden este hospital ha llegado hasta nuestros días. Tras el deterioro del paso del tiempo, en la actualidad se está restaurando para poder proporcionar un servicio hospitalario de mayor calidad. Hoy por hoy, está especializado en la realización de cirugía médica ambulatoria. Presta otros servicios como consultas externas, radiología, hospitalización, área quirúrgica, hospital de día, terapia ocupacional y rehabilitación.

CONCLUSIONES

El Hospital de San Juan de Dios ha tenido cuatro ubicaciones: la casa de los señores Venegas, en la calle Lucena, en la calle Cuesta de Gómez y en la calle de San Juan de Dios de Granada. Fue liderado por San Juan de Dios, quien se adelantó a su tiempo en cuanto al concepto de asistencia y de organización sanitarias. Esta es la clave esencial que le ha permitido seguir desarrollando la asistencia sanitaria a lo largo del tiempo. Al rededor de ésta, se agregan otros factores como son; ser el único hospital de la época exento de la supervisión por parte de la burocracia para realizar su asistencia, entender la caridad y ayuda para todos los enfermos por igual, tratar a los enfermos por sexos y según criterios de dolencias o

posibles enfermedades contagiosas, además de estar dotado de un gran número de personal. Todo esto, ha permitido que el Hospital de San Juan de Dios, a pesar de contar con más de 470 años de historia, siga vivo y continúe desarrollando su labor asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Cambil Hernández, M. E. (2010) Los hospitales de Granada: siglos XVI-XXI: tipología, catálogo e historia. Editorial Universidad de Granada, Granada.
- Castro, F. de. (1995) Historia de la vida y santas obras de San Juan de Dios y de la Institución de la Orden y Principios de su Hospital (ed. facs.). Cajasur, Córdoba.
- García Monlleó, F. J. (1996) La asistencia hospitalaria en Granada: El Hospital de San Juan de Dios (1552-1835). Universidad de Granada, Granada.
- García Pedraza, A. (1995) Una relación ignorada: Juan de Dios y los moriscos. Index de Enfermería. 14: 23-26.
- Fernandes de Freitas G. y Siles González J. (2008) Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. Index de Enfermería. 17(2): 144-148.
- Laborde Vallverdú, A. (1981) Seguirá Sonando La Campana: cronología del Hospital de San Juan de Dios de Granada. Años 1900 a 1980. Instituto Provincial de Estudios y Promoción Cultural, Granada.
- Larios Larios, J. M. (2004) El Hospital y la basílica de San Juan de Dios. Diputación de Granada, Granada.
- Martín Casares A. (1995) Cuidar descarriadas sanando su alma. Juan de Dios y las Prostitutas Granadinas del siglo XVI. Index de Enfermería. 14: 27-30.
- Martínez Hernández, A. (1990) Historia del Hospital de San Juan de Dios: 1837-1937. Real Academia de Medicina y Cirugía, Murcia.
- Santos Oñate Tenorio M de los. y Oñate Tenorio A. (2013) San Juan de Dios, la implantación de una cultura de cuidados. Cultura de los Cuidados. 17(36): 44-49
- Ventosa Esquinaldo, F. (2012) Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería: Conceptos y Valores Archivo Museo San Juan de Dios Casa de los Pisa, Granada.

La clausura femenina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Régimen

Women's enclosure in the the Hospital of the Five Wounds in Sevilla in the Ancient Regime

O encerramento feminino do Hospital das Cinco Chagas de Sevilla no Antigo Regime

Rivasplata Varillas, Paula Ermila

Doctora en Europa, mundo mediterráneo y su difusión Atlántica. Universidad Pablo Olavide de Sevilla.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rivasplata Varillas, P.E. (2014) La clausura femenina del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.07>

Correo electrónico: rivasplatavarillas@gmail.com.

Recibido: 07/12/2013; Aceptado: 12/03/2014



ABSTRACT

The Hospital of the Five Wounds of the city of Seville was found to attend the poor patients and because of the separation of sexes was created a women's infirmary to take care to those women. The "mothers" and "daughters" worked in the called women's enclosure of the Hospital of the Five Wounds during more that three centuries. In this manner, this article studies about the treatment that was given to the feminine infirmaries of this hospital as if

they were monasteries, completely separated from the rest of the hospital and with access restricted to the religious and laymen.

Key Words: Seville, The Hospital of the five Wounds, women's enclosure, infirmary, mothers, daughters, Ancient regime.

RESUMO

O Hospital das Cinco Chagas de Sevilla foi criado para servir os doentes pobres e por causa da separação dos sexos foi formada uma enfermaria feminina para o cuidado destas mulheres. Mães e filhas de dote, trabalhado no fechamento feminino chamado "Hospital de la Sangre" por mais de três séculos. Assim, este artigo analisa o tratamento dado para a fêmea de enfermagem deste hospital, como se fossem mosteiros em reclusão, completamente separada do resto do hospital e com acesso restringido para os machos foram leigos ou religiosos, com um torno e a porta de entrada para a área de fechamento feminino.

Palavras-chave: Sevilha, Hospital de las Cinco Llagas, fêmea de fechamento, enfermeiras, mães, filhas de dote, ancien régime

RESUMEN

El Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla se creó para atender a enfermas pobres y a causa de la separación de los sexos se formó una enfermería femenina para el cuidado de estas mujeres. Las madres y doncellas de dote trabajaron en la llamada clausura femenina del Hospital de la Sangre durante más de tres siglos. De esta manera, este artículo estudia el tratamiento que se dio a las enfermeras femeninas de este hospital como si fuesen monasterios en reclusión, completamente separadas del resto del hospital y con acceso restringido a los varones fuesen legos o religiosos, con un torno y puerta de entrada al área de clausura femenina.

Palabras Claves: Sevilla, Hospital de las Cinco Llagas, clausura femenina, enfermería, madres, doncellas de dote, Antiguo Régimen.

INTRODUCCIÓN

Aunque la génesis y el desarrollo del trabajo femenino en los hospitales se abordan desde la Alta Edad Media hasta la actualidad, el núcleo central del presente trabajo comprende los siglos XVI a comienzos del XIX, lo que historiográficamente llamamos como Antiguo Régimen. Teniendo en cuenta lo precedente, el presente estudio se ha llevado a cabo con el objetivo fundamental de conocer el trabajo femenino desempeñado en el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla, un reducto de reclusión femenino, donde la sociedad permitió el desarrollo a plenitud del oficio de la “enfermería” a la mujer dentro del contexto de la sociedad patriarcal del Antiguo Régimen.

Es muy probable que la mujer asistiese en la Edad Medieval tanto a hombres como mujeres, pero paulatinamente se le fue restringiendo sólo a la sala de mujeres enfermas, así lo

vemos instituido en las constituciones de los principales hospitales españoles del siglo XIV. La labor asistencial de la mujer fue más aceptada y abierta en la Alta Edad Media ya que en la Baja Edad Media la imagen y la consideración social de al menos la sanadora empeoró notablemente, en un proceso gradual de degradación que coincidió con el desarrollo institucional del ejercicio de la medicina y con el resurgimiento de tradiciones intelectuales misóginas al calor de instituciones como la universidad (Cabré, 2006) (Dangler, 2001) (Salmón y Cabré, 1998).

En el Antiguo Régimen, las evidencias indican que la mayoría de las mujeres vivían bajo una economía de subsistencia, en donde el trabajo intenso en distintas actividades era su forma cotidiana de vida, y que había oportunidades y realidades más allá de las opciones más conocidas: matrimonio o convento. Así, las instituciones hospitalarias ofrecieron a las mujeres diversos tipos de trabajos, dando la oportunidad a las jóvenes púberes no sólo de trabajar para subsistir, sino de aprender un oficio en el que podían ascender y cumplir las demandas que la sociedad como mujeres les imponía pudiendo obtener una dote a modo de recompensa al dejar de prestar sus servicios en el periodo de tiempo determinado para ello. Pero los hospitales no sólo fueron una oportunidad para las jóvenes solteras en busca de un aprendizaje y una dote, sino que también fueron una opción de vida para las viudas y para las casadas cuyos esposos estaban ausentes principalmente en Indias, en el caso sevillano. Su trabajo en el hospital les permitía acceder a un salario, al reconocimiento social y a veces a la jubilación, aunque todo ello fuera asociado a la reclusión.

El uso de la mano de obra femenina permitía a los hospitales llevar a cabo su labor de

asistencia y cuidados sin incurrir en los costes que el personal masculino, normalmente no recluido habría supuesto y aprovecharse de los saberes y roles tradicionales de las mujeres, los domésticos, no considerados cualificados y por tanto, a un coste relativo a su aparente falta de cualificación. El cuidado de enfermos era una actividad muy demandada entre las mujeres por lo que desde muy temprano históricamente, la mujer -núbil, casada, viuda-encontró un lugar de trabajo exclusivamente femenino como el hospital, concretamente el área femenina, donde confluyó en ella una variable única como fue la reclusión femenina, que les permitió desarrollar plenamente sus labores cuidadoras, regidas por sus propias pautas de vivencia y conducta que apenas se vislumbra en las constituciones o los reglamentos hospitalarios y masculinos.

El carácter exclusivamente caritativo de los cuidados de enfermería impidió la transmisión sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados, imposibilitando la creación de un corpus específico de conocimientos. Así, el concepto de ayuda que impregnaba la praxis enfermera, bloqueo durante mucho tiempo la sistematización de los conocimientos disciplinares, siendo recién en el siglo XVII cuando se publica *La Instrucción de Enfermeros en Madrid* (Fernández, 1625). Además, la humildad característica de una enfermera o enfermero impedía la divulgación de sus quehaceres, pues estaban destinados a Jesús a través de la ayuda del otro. Pero, si el enfermero varón escribió su oficio, la mujer enfermera nunca lo hizo, pues se consideraba la asistencia y el cuidado al otro funciones naturales e innatas en la condición del ser femenino, en donde, según tradición europea, valen más los hechos que las palabras.

La enfermería femenina del ámbito religioso desde su perspectiva caritativa, no podía

permitirse la constitución de un gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones materiales, pero si existía un proceso de aprendizaje y mejoramiento de la calidad de la atención del enfermo, pero transmitida de forma oral y por el ejemplo. La enfermería femenina no se limitaba al hogar, se extendía a la comunidad, ya fuese hospitales, casas de los pobres, cárceles e incluso calles donde caían exánimes los enfermos.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para la realización de este trabajo se consultaron diferentes fuentes bibliográficas, libros y revistas, sobre el trabajo femenino hospitalario. Los libros consultados abarcaron desde estudios de beguinas y beatas hasta enfermería femenina en sí. Así tenemos, Rivasplata Varillas, P. E. (2012, 2011), Vinyoles Vidal, T. (2011), Martínez Martín, M.L. y E. Chamorro Rebollo (2011), López Beltrán, M. T. (2010), Rey Castelao, O. (2010), Rivera, M. M. (2006), Gil Ambrona, A. (1996), Eseveri Chavarri, C. (1995), García Arancón, R. (1988) y Colin J. (1989). En cuanto a las revistas y congresos se han consultado Teresa Morales, C. y García Berrocal, F.J. (2013), Blasco Solana, M. (1996), Tey i Freixa, R. (1996), Hernández Martín, F. y M. E. Pinar García (1996), Gil Sacaluga, R. (1996), Gonzales Jiménez, M. (1996), Fargues Garcia, I. (1996) y Jiménez Rodríguez, I. (1996).

La historiadora Margarita Birriel Salcedo en su artículo *La experiencia silenciada. Las mujeres en la historia moderna de Andalucía* (1994) nos informa sobre el Primer Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Granada (1988) y de los avances en cuanto al estudio de la mujer andaluza hasta entonces. Así se indicó que la mujer como ama de cría, enfermera, matrona, criada, lavandera en los

hospitales, hospicios, beaterios y otros centros asistenciales en la Edad Media y en la Moderna había sido un tema de investigación casi ignorado o muy poco estudiado. La historiadora Monserrat Cabré (2006) enfatiza que a pesar de la contundencia de testimonios escritos y gráficos sobre la participación femenina en la salud y el cuidado en las épocas medieval y moderna ha sido ignorada su presencia, e indica, acertadamente, que cuando algo se ignora, es difícil documentar y estudiar. Para la elaboración de este artículo también se ha utilizado los siguientes libros: *La Historia de las mujeres: Una Revisión Historiográfica* (Valdivieso Val y otros, 2004) y *La historia de las mujeres: perspectivas actuales* (Borderías, 2009). De esta manera, la historia de las mujeres está abierta a la innovación, al permanente cuestionamiento teórico y a la complejidad para poder dar respuesta a los interrogantes y planteamientos dicotómicos que nos ofrece la realidad.

FUENTES Y MÉTODO

Este trabajo es fruto de una investigación de tipo archivístico pues se ha trabajado con la información documental proporcionada fundamentalmente por el Archivo de la Diputación Provincial de Sevilla y con otros archivos como el Archivo Histórico Provincial de Sevilla, Archivo Arzobispal de Sevilla, Archivo de Indias y la Biblioteca Colombina.

En el Archivo de la Diputación Provincial de Sevilla se han consultado los libros y legajos del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla: los libros de juntas patronales, libros de recibo y gasto, libros de mayordomía, libros de cuentas, libros de nombramiento de dotes, libros de salarios, libros de entradas y salidas de enfermos y libros de almonedas. También se recurrió al libro anual de capellanías, misas, memorias, testamentos y las cuatro constituciones o re-

glamentos -1503, 1603, 1624 y 1734- que generó este hospital durante el Antiguo Régimen.

Las diversas constituciones surgidas durante la historia del hospital en el Antiguo Régimen sirvieron para esquematizar el trabajo de investigación, permitiéndome encuadrarlo y delimitarlo en forma preliminar. Una vez hecho esto, se tuvo que contrastar con la información recogida en los libros capitulares, salarios y otras fuentes documentales. Al final descubrimos que las constituciones se encuentran desfasadas en el tiempo y que se van quedando obsoletas por lo que una nueva constitución sólo reactualiza lo que ya en la práctica se estaba realizando como síntesis. Así, una constitución mientras más alejada este del año a analizar menos se atendería a ella. El problema de los reglamentos es que muchos historiadores lo han considerado suficiente para el conocimiento del hospital. Lo que dista mucho de ser cierto, y la investigación requiere ser abordada con otros documentos como los libros capitulares. De esta manera, gracias a la documentación guardada en los diferentes archivos consultados se ha podido conocer y estudiar estas desconocidas realidades femeninas, las actividades que las mujeres desarrollaron en estos centros y la organización interna y jerárquica de la institución hospitalaria, entre otras cosas.

La información archivística obtenida se ha complementado con las fuentes bibliográficas secundarias consultadas para indagar el trabajo realizado por mujeres en diferentes hospitales españoles y europeos de la época para contrastar el trabajo realizado por las enfermeras del hospital de las Cinco Llagas de Sevilla. Posteriormente se ha procedido a realizar el análisis hermenéutico de toda la información recolectada, dando como resultado una investigación nueva, fresca e descubridora, así como

descriptiva y analítica, de la realidad de la mujer que trabajó en uno de los más importantes hospitales del Antiguo Régimen hispano.

DESARROLLO DEL TEMA

La casa de comunidad y clausura de mujeres del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla

En 1500, el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla fue fundado por doña Catalina de Ribera y Mendoza, perteneciente a una de las familias más importantes y acaudaladas de Sevilla, esposa de don Pedro Enríquez de Rivera, Adelantado Mayor de Andalucía (Carmona, 1989). Este hospital estuvo destinado a mujeres pobres enfermas, cuyas dolencias no fuesen incurables ni contagiosas, como bubas, recibéndose enfermas con enfermedades de calenturas, de cámaras, heridas, postemas, llagas frescas, fracturas y dislocaciones (Rivasplata, 2011). La dotó con un cuantioso patrimonio y obtuvo el permiso, licencia y autoridad del papa Alejandro VI en dos bulas, las de 1500 y 1502. También otorgaron otras bulas Clemente VII en 1524 y Julio III en 1549, por las que este hospital obtuvo el privilegio de la excepción de la jurisdicción ordinaria. Este hospital fue administrado por un patronato cuya presidencia se turnaba entre las tres sedes que la regían: Santa María de las Cuevas, San Jerónimo de Buenavista y San Isidoro del Campo.

Este hospital se autodenominaba a sí misma “casa de comunidad y clausura de mujeres” y era una unidad de producción, de consumo, de socialización, de control social, de prestación de servicios, de protección social, de solución de conflictos internos, de amparo ante contingencias adversas y de transmisión patrimonial testamentaria. Lugar donde coincidía el lugar de residencia con el espacio de trabajo. El hospital tenía por política ayudar a sus trabajadores permanentes como ministros mayo-



res y menores con las llamadas “ayudas de costa”, también, aseguraba la asistencia durante la vejez y condonaba el tiempo de permanencia en el hospital a los empleados temporales como las doncellas de dote quienes tenían que trabajar tres años consecutivos en el hospital para recibir una dote para matrimonio.

El área femenina del Hospital de la Sangre existió desde su fundación en 1500, ya que estaba destinado al cuidado de mujeres pobres, aunque no de manera exclusiva, pues una bula papal permitió la atención a varones desde 1527, si bien restringida en la práctica a eclesiásticos atendidos por enfermeros. Desde un principio, las enfermas tuvieron un servicio permanente de enfermeras y una atención temporal del físico cirujano que se ocupaba de la salud corporal mientras que los curas, del cuidado del alma.

Consideraban peligroso a la fama y buen nombre de un hospital de jurisdicción directa del Vaticano el contacto cercano entre hombres y mujeres, lo prohibieron, estableciendo un área exclusiva de mujeres, estando prohibido el acceso de hombres a excepción de los necesarios. Desde 1503, denominaron al área femenina “la clausura”. De esta manera, este hospital estableció un área femenina a cargo de una matrona, que gobernaba a mujeres libres y esclavas que se dedicaban a la atención

de las enfermas y al trabajo doméstico. Sin embargo, cambió drásticamente esta situación desde 1559, al trasladarse el hospital a un nuevo establecimiento a extramuros de la ciudad. De esta manera al aumentar el tamaño físico del hospital, ingresaron más enfermas y se incrementaron las obligaciones del personal.

En el área de clausura, se concentraban en su mayoría viudas y solteras, las madres enfermeras, que destinaban sus vidas al cuidado exclusivo de los enfermas, manteniendo un nombre y personalidad jurídica dentro del hospital; las otras mujeres fueron las doncellas de dote, trabajadoras temporales, cuyos destinos estaban orientados al matrimonio. Estas mujeres llevaban una vida disciplinada hacia el perfeccionamiento de trabajos considerados femeninos como enfermeras, asistentes, costureras, lavanderas, cocineras y paneteras.

Desde el siglo XVI, en el Hospital de las Cinco Llagas, se ofrecían a las mujeres oficios remunerados y con posibilidades de promoción interna, siempre y cuando aceptaran vivir en reclusión y respetando los reglamentos de un hospital de carácter eclesiástico. Los priores del hospital valoraban la fidelidad, el respeto a la institución, la continuidad en el puesto de trabajo y la cualificación adquirida, premiándolas con ayudas de costa, jubilación, atención durante la vejez y ofreciendo dotes de matrimonio a las criadas que permanecieran en sus puestos de trabajo por tres años consecutivos. Además, las jóvenes dejadas por sus padres en el hospital para su formación hospitalaria, lo hacían a sabiendas que vivirían en reclusión para así no estar expuestas a los peligros presentes en toda gran ciudad.

La sociedad consideraba prestigioso que una mujer trabajase en un hospital eclesiástico, en donde encontraba un lugar donde poner en práctica su caridad cristiana, aprender un ofi-

cio y tener la oportunidad de ascender jerárquicamente, encontrándose casos de doncellas jóvenes pobres que lograron ascender a enfermeras mayores e incluso una llegó a ser madre mayor y obtener la jubilación pagada. Así, se observa que las relaciones de las mujeres con el trabajo no eran distintas a las que tenían los hombres al comprobar estas dos realidades en este hospital, ya que se practicaba en él un proceso jerárquico de promoción interna entre sus trabajadores. En el caso de los eclesiásticos, se empezaba siendo curas, para ascender a mayordomo, secretario notario y finalmente optar por el cargo más elevado que era ser administrador del Hospital de la Sangre. Tenían derecho a jubilación que comprendía una retribución económica mensual y un aposento en el hospital o una cama de incurables en la enfermería de eclesiásticos que tenía el hospital. En periodos de crisis económicas, los eclesiásticos cedían parte de sus salarios para entregárselo a los jubilados con la condición que serían retribuidos de tal forma. A veces el cura más joven recibía un salario reducido, cobrando completo cuando falleciese el jubilado. Prácticas similares se llevaron a cabo en el área femenina sólo con la madre mayor y su sustituta desde fines del siglo XVIII. La madre mayor era elegida por los patrones priores de los tres monasterios sevillanos mencionados, recayendo en alguna hidalga viuda. Aunque a veces se producían ascensos entre las madres enfermeras de las diversas especialidades pudiendo alcanzar cualquiera la máxima jerarquía de madre mayor. El ascenso de hombres y mujeres podía no era lineal, no era un derecho adquirido a través de los años, dependía de la capacidad de trabajo, obediencia y fidelidad demostrada a la institución y si demostraba constancia y eficacia en su trabajo para no generar “atrasos” al hospital.

El área femenina de este hospital se subdividía en enfermería, cirugía, agonizantes, convalecientes, incurables, ropería, cocina, panadería y portería. Este hospital admitía a jóvenes para ser educadas en el cuidado del prójimo con caridad y piedad, viviendo en el sitio donde estuviesen destinadas a trabajar y se le pagaba un salario y una dote para tomar matrimonio o convento (Rivasplata, 2011). Estas jóvenes trascurrido el tiempo de su estadía -tres años- regresaban a la vida de familia, aunque algunas veces permanecían en el hospital, convirtiéndose en madres enfermeras. Cada madre ejercía de maestra de las doncellas de dote, enseñándole los quehaceres del área asignada. Estas mujeres tenían sus camas en las habitaciones donde laboraban, a excepción de la madre mayor, la cual tenía una habitación independiente al igual que los ministros mayores del hospital.

El personal femenino del Hospital de las Cinco llagas de Sevilla

a) Las Madres del Hospital de la Sangre

Específicamente en el cargo de madre mayor se prefería a las hidalgas, letradas y familiares de algún cura o fraile del hospital, preferentemente del administrador. Esto no lo indicaba el reglamento, pero solía suceder. Algunas de las madres mayores eran mujeres de estatus de hidalguía como las madres mayores Aldonza Juana Ponce de León y Fajardo, Ana Gallegos, Constanza Gallegos y Ana de Menses, pero también, hubo una madre mayor que ingresó al hospital como doncella de dote, y ascendió a ese cargo. Se llamaba María de San Jerónimo.

En cuanto a las madres eran las autoridades superiores de las diferentes secciones del área femenina. Generalmente, estas mujeres eran viudas, solteras, es decir personas solas,

sin familia a quien cuidar y dependencias a que atender, para que puntualmente cumplirían con sus tareas en el hospital. A estas mujeres sólo se les exigía que fueran personas de buenas costumbres y cristianas, aunque hubo beatas.

Las funciones de las madres eran enseñar con el ejemplo, así como vigilar y supervisar el trabajo asistencial de las doncellas de dote, rondar la enfermería femenina, seguir la evolución de las enfermas, probar la comida que se ofrecía a las enfermas, comprobar que la enfermería estuviese aseada con camas limpias y bien hechas, dar la medicina a las enfermas, vigilar y controlar el ingreso de personas ajenas al hospital y asegurar el avituallamiento de la enfermería femenina, etc. Las madres enfermeras dependían inmediatamente de la madre mayor y en última instancia del administrador. Vivían recluidas en el hospital, sin libertad para salir, a excepción de algunos permisos otorgados por el administrador. El número de funciones de las madres fluctuó de uno a ocho en el siglo XVI y de diez a doce en el XVIII. Las madres dejaban el cargo que desempeñaban en el hospital por motivos de fallecimiento, jubilación o por decisión propia. Pero es bastante común encontrar que morían ejerciendo el cargo de madre al cual estaban asignadas. Algunos de estos oficios tenían requisitos especiales como saber leer para reconfortar con oraciones impresas, correspondientes a las madres agonizantes o del buen morir.

La madre de la sala de medicina se encargaba de asistir a las enfermas con problemas estomacales, respiratorios, fiebres, etc. No trataban enfermedades contagiosas, sólo en caso de pestes. La madre cirujana se encargaría de ayudar al cirujano con las enfermas heridas, fracturadas, con úlceras y llagas frescas. El puesto de madre portera era un cargo de gran

responsabilidad porque se encargaba de la entrada y salida de personas, alimentos y bienes del hospital. La madre panetera amasaba y horneaba el pan, además se encontraban entre sus funciones el lavado de la ropa, lo que pasó después a ser función de la madre ropera y sus doncellas, según constitución de 1734. La madre cocinera era muy importante porque se tenía la clara idea que con una adecuada alimentación se podía curar al enfermo, siendo la comida entregada en el hospital copiosísima.

b) Las hijas o doncellas de dote

Las doncellas de dote aparecieron en 1587 a pedido de una madre mayor. El tiempo de estadía en el hospital era de tres años para poder recibir una dote de 50 ducados para tomar estado de matrimonio. Además, recibían un salario anual, ración de comida diaria, y la posibilidad de conseguir un ajuar en las almoneadas o subastas internas o públicas de la ropa de las enfermas fallecidas. Estas jóvenes provenían en un 30% de la ciudad de Sevilla, un 60% del área rural cercana a Sevilla y de Córdoba, Huelva, Extremadura y un 10% de otras partes de la península Ibérica y algunas extranjeras sobre todo portuguesas, milanesas y francesas (Rivasplata, 2011).

Todas las doncellas de dote o “hijas” que ingresaron al hospital a trabajar eran pobres, aunque egresaban de ella con bienes acumulados, sus ajuares, a través de las almonedas. Práctica recurrente en el Antiguo Régimen de compra y venta de objetos usados de fallecidas del hospital.

Las doncellas ejecutaban las tareas que les asignaban las madres de las distintas enfermerías donde trabajaban. Fluctuaron de seis a catorce plazas de doncellas de dote, aunque prevalecieron doce puestos asignados, que eran ocupados a medida que caducaban. Un puesto era ocupado por una nueva doncella

cuando egresaba una de ellas, es decir, cuando la doncella cumplía el tiempo para acceder a una dote (tres años), o cuando deseaba, pues podía quedarse trabajando más tiempo que el normado para ganar otra dote o para convertirse en “madre”. Pero la mayoría dejaba el cargo al terminar su periodo de estadía.

La información archivística nos informa que las doncellas cumplieron funciones básicas de cuidado, asistencia inmediata y limpieza. Más específicamente se encargaban de confortar con su presencia a las enfermas, bañarlas, alimentarlas, darles las medicinas, unciones y regalos (bizcochos, azúcar, chocolate) indicados por la madre mayor, vestirlas, recoger sus excrementos y orinales, envolverlas en sudarios y velarlas. También, estas jóvenes realizaban la limpieza de las enfermerías, cocinaban y lavaban la ropa. Tareas que cada una asumía según fuese designada como “doncella” de medicina, cirugía, convalecencia, cocina, lavandería y ropería. Las dotes eran financiadas por diferentes patronatos. Entre los cuales destacaron Juana de Gallegos, las hermanas Núñez Pérez, Diego de Yanguas y el mismo hospital.

El área de clausura tenía diferentes secciones, no necesariamente un aprendiz de enfermería se dedicaba al cuidado directo asistencial de la enferma. En el XVI, las doncellas recién ingresadas trabajaban en el lavado y cocina. Las más experimentadas trabajaban en la sala de medicina y cirugía. En el XVII, sólo una de las doncellas del área de enfermas convalecientes trabajaba en dicha sección, la otra se desempeñaba ayudando en el trabajo del lavado de la ropa. El área que más trabajo demandaba era el lavado y cocina, pues este servicio era ofrecido no sólo para las enfermerías masculinas y femeninas sino para todo el hospital. No se requería mucha experiencia sólo voluntad y fuerza. En el XVIII, las doncellas

permanecían en sus respectivas enfermerías sin rotación, especializándose en el área que les tocó. En cuanto a las doncellas de ropería, que eran cuatro, una de ellas compartiría sus funciones de lavado de ropa con la asistencia a las enfermas convalecientes. Esto trajo, a veces, problemas con ciertas doncellas que pertenecían a la fundación de convalecientes de Diego de Yaguas que a veces eran incorporadas al patronato de las hermanas Núñez o al fondo hospital, como sucedió con Juana Josefa Bermudo en 1713. Esta doncella cumplía dos funciones ropería y convalecientes, creando duplicidad de funciones y trastornos al secretario del hospital que no estaba habituado a doncellas con labores varias, al final se resolvió el asunto, siendo pagada por la fundación hospital. Este problema se generaba porque el trabajo de la ropería era a veces tan excesivo que se requería de más doncellas de lo habitual.

Evolución histórica de las mujeres que trabajaron en el Hospital de la Sangre

Según la primera constitución de 1503, la matrona era la mujer designada al cuidado de las enfermas. Se ocupaba de quince enfermas, atendiéndolas según indicación del cirujano y médico. La botica estaba bajo la responsabilidad de la matrona y recibía las medicinas de un boticario externo en 1509. El hospital tendría un boticario interno a partir de 1542.

En un comienzo, la matrona era una “enfermera”, tal como era conocida, que dirigía a las demás mujeres fuesen criadas o esclavas. La madre cocinera apareció más tarde, pues de esta actividad como del lavado se ocupaban las esclavas y criadas. La enfermera ganaba 2.000 mil maravedíes igual que el médico y cirujano, y más que el boticario y barbero. La cocinera ganaba 1.228 maravedíes igual que el despensero. El salario de la matrona enfermera

equiparable a los del médico y cirujano sólo se dio a comienzos del siglo XVI, posteriormente aumentaría drásticamente el salario masculino. Así, en un pequeño lapso de tiempo de 29 años, se valoró la labor cuidadora femenina “no académica” tanto como el trabajo sanitario “académico” masculino.

Las primeras mujeres que trabajaron en este hospital serían las enfermeras Catalina Maza y Beatriz y las lavanderas Beatriz y Iohuana. En 1509 estaban las enfermeras Teresa García, Mari Rodríguez, las esclavas Juana de Rivera y Beatriz. En 1512, ya estaban claramente establecidas una enfermera y una cocinera que dirigían a criadas y esclavas. En 1520 a 1529 la enfermera fue Isabel Buena y la cocinera Isabel González. Como se ha mencionado, había esclavas que doña Catalina de Ribera dejó al hospital en forma testamentaria que se destinaron a la cocina y lavado como Juana y Gemna. La primera adoptó la filiación a su ama, llamándose Juana de Ribera que “lava y cuece” en 1512 y de la segunda se perdió el rastro. También se menciona a Beatriz esclava cocinera. A todas estas esclavas se les daba dinero para su vestido y calzado. Además de las raciones de comida diarias (5 maravedíes por cabeza).

De 1500 a 1546, el papel de las mujeres que atendían a las enfermas del hospital fue crucial para el hospital y la matrona figura como personaje principal para el buen funcionamiento del establecimiento, requiriéndose, también, la presencia del clérigo o administrador (asistencia espiritual a las enfermas) y del mayordomo (recaudador de rentas).

El trabajo desempeñado en el área de clausura se fue sectorizando en especialidades a medida que aumentaba la afluencia de enfermas al ir diversificándose el servicio que ofrecía el hospital a la colectividad. Paulati-

namente surgieron otras “cuidadoras” o madres, ya que se necesitaron de más servidoras responsables de cada área de la clausura para dirigir a las criadas que tenían a su cargo y lograr que las cosas en el hospital estuviesen “bien hechas y con mucha limpieza”.

A mediados del siglo XVI, en el área de clausura, las madres que existían fueron la madre mayor conocida en aquel entonces como la matrona o madre de llaves, junto a la madre de sala, ropera y cocinera, esta última de rango inferior. Paulatinamente, se incrementó el número de madres, dirigiendo y realizando diversos trabajos considerados de exclusividad femenina como lavar, cocinar, limpiar y cuidar. También se les instaba a obedecer, consolar y rezar. Además de las madres, fue grande la afluencia de otras mujeres que trabajaron permanente y temporalmente en el hospital desde 1559 cuando se trasladó el hospital de la parroquia de Santa Catalina a su nuevo emplazamiento renacentista en la Macarena. Se trataba de las criadas y posteriormente conocidas como doncellas de dote. En 1572, se menciona a una criada, llamada Catalina Morena quien solicitó una ayuda a su casamiento a los patronos del hospital por haber servido “con mucho cuidado a los pobres en el hospital mucho tiempo desde los tiempos de peste”, consistente en una cama que costaba 13 reales (Rivasplata, 2011). Este dato es de suma importancia porque nos indica que aún no se habían establecido las dotes a doncellas en el hospital.

Tomó un siglo 1503 a 1603 perfilar las características intrínsecas del hospital en cuanto a oficios, salarios y tener claramente definida la estructura del hospital, creándose inclusive en 1587 la entrega de dotes para tomar estado de casada entre las doncellas que trabajaban como sirvientas en el hospital. En la segunda constitución de este hospital, la de 1603, son



indicadas las labores femeninas: la madre mayor, la madre ropera, enfermera mayor, la madre tornillera, la madre portera, la madre panetera y la madre cocinera, cada una con sus respectivas mozas o doncellas. Así, vemos que el personal femenino se especializó y amplió en forma bastante acelerada en el lapso de un siglo desde 1503, de tal manera que la constitución de 1603 recoge este cambio, adaptándose a la nueva coyuntura, en donde la cantidad de trabajadoras es sorprendentemente mayor en conjunto que en el siglo anterior. La constitución de 1603 nombra por vez primera a las doncellas de dote, pero no especifica más sobre ellas. En 1604 se nombró por junta patronal a la doncella de sala, moza de la madre mayor que no se logró incluir en la constitución de 1603.

A comienzos del siglo XVII, la segunda constitución del hospital de 1606 ya había formalizado una etapa previa de experimentación con el personal femenino hospitalario, determinándose que todas las madres indistintamente su especialidad se les diesen 14 reales de vellón cada mes y que tuviesen un número designado de ayudantas o doncellas dotadas a su cargo y vigilancia.

Por entonces, el área femenina del Hospital de las Cinco Llagas tenía ya establecida su con-

figuración jerárquica, dividida en una especie de pirámide invertida cuyo vértice estaba regido por la madre mayor, siendo intermedias las madres de las diversas especialidades, seguidas por las doncellas de dote y la base lo constituían las trabajadoras temporales para casos puntuales, las donadas y las esclavas. La división se estableció de la siguiente manera:

- 1) Administración y control: la madre mayor y su secretaria.
- 2) Enfermería: las madres enfermera, cirujana, buen morir, incurable y convaleciente.
- 3) Portería: la madre portera y la madre del tornillo.
- 4) Cocina, limpieza y lavado de ropa: las madres cocinera, panetera y ropera que se encargaban de hacer las comidas diarias y el pan, limpiar pasillos y habitaciones y lavar la ropa. El cucharón, la escoba, el trapo, la aguja y el hilo serían utensilios propios de estas áreas donde eran muy numerosas las doncellas de dote, las criadas y algunas esclavas.

Poco a poco, la clausura del Hospital de la Sangre se fue especializando y aparecieron además del área de enfermería, el área de cirugía (1571), el área de agonizantes (1618), el área de incurables (1620) y el área de convalecientes (1637). Cada una de estas áreas estaba bajo el control de una madre especialista con la dirección de la madre mayor. Las madres auxiliares ya estaban creadas mucho antes casi a la par de la madre mayor, me refiero a la madre cocinera, ropera, portera y panadera.

Los cargos que desempeñaban las madres, como todos los demás en el hospital, no eran estables para poder ser removidas por los patronos en caso de ineficacia en su labor. Exigían que las madres fuesen cristianas y tu-

viesen como características intrínsecas la humildad, la caridad, la templanza, la obediencia y la paciencia para poder cuidar y consolar a las enfermas. Se requería que las madres tuviesen experiencia en la atención a enfermos, así en 1738 se dieron preferencia a las que habían sido “vagantes” o habían prestado servicio temporal (Rivasplata, 2012). Entre las madres había beatas y miembros de alguna orden tercera, las que se comprometían a cumplir con los votos de obediencia, pobreza y castidad, aunque no llegasen a profesar (Gil, 1996). Sólo algunas madres lograban permanecer en sus cargos por las exigencias y los controles a las que estaban sometidas, siendo recompensadas al final de sus vidas con una jubilación que consistía en un pequeño salario y manutención en el hospital hasta su muerte.

La jerarquía era primordial, obediencia al administrador y a la madre mayor. De esta manera, la madre mayor tenía su lugar establecido en la alta jerarquía del hospital en todos los actos públicos, como ministro mayor, estando ubicada después de los curas. El objetivo era guardar el respeto a la jerarquía en la familia del hospital. Esto se hacía “para evitar disturbios y ocasiones de discordias atendiendo a las personas y circunstancias que componen la familia del hospital” (Rivasplata, 2012).

Era primordial el respeto, cumpliendo sus obligaciones sin “meterse unos con otros” y que “unos con los otros se traten con amor y cortesía, y haciendo lo contrario se proveerá del remedio que convenga”. Y se advertía que “este hospital, como en otras casas de comunidad, suelen fomentarse algunos disturbios, procedidos de la diversidad de genios, que la componen” (Constitución del Hospital de las Cinco Llagas de 1734). El administrador y los patronos tomaban medidas necesarias para solucionar estos conflictos, siendo los

responsables directos los ministros bajo cuya jurisdicción se producían. Si se encontraba culpa, les daban hasta tres oportunidades para enmendarlo antes de tomar medidas más drásticas. Por ejemplo, si se producían pérdidas en el área de ropería, la responsable sería la madre ropera por no controlarlo como jefa de la sección. Las madres, doncellas y enfermas debían a la madre mayor obediencia, respecto y sumisión. Las madres tomaban las decisiones que consideraban convenientes en sus respectivas áreas de trabajo, preocupándose de las necesidades de los miembros que las componían.

Control al área femenina por los priores

El área femenina era controlada sucesivas veces al año por las autoridades superiores, es decir los patronos - la Cartuja, San Isidoro del Campo y de Jerónimo de Buenavista- en la Visita General en enero, en la Junta General en mayo y cada dos meses por el patrono de turno. Estas últimas eran conocidas como las Visitas Particulares. Estos controles eran compensados con propinas. Se daba comida en la Visita general y refrescos en las juntas y visitas particulares que se preparaban en el área femenina. El día de la Visita General solía ser pública, permitiendo la entrada de hombres y mujeres, con algunas excepciones, especialmente a fines del siglo XVII. En 1756, se pusieron dos o cuatro soldados en la puerta principal del Hospital, porque después del terremoto de noviembre de 1755 había habido pillaje y optaron por dejar entrar tan sólo a hombres vestidos de militar y a mujeres.

El hospital tenía prohibida la entrada al área femenina de toda persona ajena a él, para lo cual necesitaba permiso especial, salvo los patronos durante la visita anual, el confesor de enfermas, el cura semanero, el médico, el cirujano, el boticario o las personas que por

fuerza mayor tuviesen que cumplir con sus respectivos trabajos, acompañados por la madre mayor, quien iba tocando una campanilla para avisar de la presencia de hombres en la clausura y las madres y doncellas se retirasen y guardasen las formas que establecía el Concilio de Trento.

La clausura del hospital tenía que ser respetada por lo que se prohibía la salida de mujeres del recinto y del sanatorio y se hacía extensiva a los curas quienes no podían salir del hospital, a excepción del mayordomo. Tampoco nadie podía pernoctar en la clausura, ni siquiera parientes sin permiso del administrador y con la anuencia de la madre mayor desde 1727. Si obtenían los permisos luego al punto se retiraban, especialmente en las horas de la noche y siesta, en cuyo tiempo se tenían las puertas bien cerradas tanto del gineceo como del hospital. La alimentación, la limpieza, el lavado de la ropa y la curación de las enfermedades tenían que ser satisfechas dentro del hospital para todos los que vivían en el recinto. Todos los ministros mayores y menores, así como las madres tenían derecho a salir tres días al año o más en caso de prescripción médica y con previa licencia del administrador.

El acceso al gineceo por los varones, con sus debidas restricciones, era más recurrente que el caso inverso, pues estaba terminantemente prohibido que la mujer circulara fuera del área femenina del hospital. También, estaban prohibidas las visitas de familiares - esposos, hijos, padres, hermanos - en el área femenina, el acceso se permitía previa licencia del administrador a horas regulares y con acompañamiento. Otro motivo de entrada al hospital era su belleza arquitectónica, que motivaba a los forasteros y naturales de Sevilla solicitar la visita a sus instalaciones, lo cual era posible, previo permiso del administrador, siendo

guiado por una de las madres más antiguas, aprobado según práctica desde 1680.

CONCLUSIONES

Los hospitales respondían a las necesidades coyunturales que la sociedad patriarcal de la época había impuesto a las mujeres y que éstas acataban y hacían suyas. También los hospitales proporcionaban trabajos a las mujeres que fuesen propios a su naturaleza como “el cuidado del otro”, respondiendo a la percepción social que en el Antiguo Régimen se tenía de lo femenino y lo masculino.

Económicamente, los hospitales fueron subvencionados por generosas limosnas (casas, tierras y otros bienes muebles e inmuebles), siendo el trabajo, desempeñado en ellos, pagado con un estipendio mensual en dinero y alimento diario, ampliando el número de mujeres trabajadoras, y pudiendo el personal auxiliar temporal, es decir doncellas y criadas ser recompensadas al final con una dote.

Uno de los objetivos alcanzados en esta investigación ha sido conocer la vida en reclusión de la mujer trabajadora y sus posibilidades de desarrollo laboral. Ya que las instituciones religiosas cobijaban a la mujer en reclusión y en este contexto les permitían escalar profesionalmente. Aunque, hasta el momento, se ha enfocado la reclusión como un término peyorativo y negativo en el trabajo femenino no remunerado, que las familias se beneficiaron en forma gratuita. Me refiero a la reclusión de las mujeres en los espacios domésticos en las sociedades preindustriales en donde la división del tiempo en periodos de trabajo y de ocio no existió y en donde estaba implícito la dicotomía carga emocional-trabajo. Además, la reclusión no sólo estaba destinada a las monjas, sino a toda mujer laica que se encontrase en condición de orfandad, sin marido. También,

la practicaron las instituciones religiosas que acogían mujeres solas de forma temporal, fuesen honestas o “arrepentidas” con la intención de “protegerlas del mundo”, “separarlas de los hombres” y “remediarlas”.

Pero, en este trabajo se observa que no toda reclusión significó explotación, existieron algunas donde la mujer tuvo mayor libertad de expresión y acción: conventos y hospitales. Estas instituciones fueron controladas y supervisadas por la iglesia, por la sociedad patriarcal, pero con restringida entrada a las mismas. El consentimiento masculino de lugares exclusivos para mujeres permitió el desarrollo en ellos de mundos aparte con sus propias reglas, normas y jerarquización, que si bien no están escritas formalmente, se encuentran diseminadas en toda la documentación primaria. Uno de aquellos mundos apenas estudiado corresponde a la reclusión de mujeres ejerciendo trabajos remunerados en los hospitales durante la Edad Moderna. De esta manera, los hospitales constituyeron lugares refugio de muchas mujeres en donde trabajaron en forma organizada y especializada. Así en la Edad Moderna, la larga tradición del trabajo femenino hospitalario le dio a la mujer cierto poder y seguridad bajo el cobijo de estos establecimientos.

De esta manera, la reclusión femenina hospitalaria jugó un papel esencial en las oportunidades laborales de las mujeres como alternativa al matrimonio, aunque sirvió también para conseguirlo a través de la consecución de una dote. Si la primera conclusión del trabajo tiene que ver con el abanico de posibilidades que se les presentaban a las mujeres, la segunda conclusión deriva de las ventajas que obtenían los hospitales derivados del trabajo femenino. Los hospitales se beneficiaron de los saberes “naturales” femeninos para hacer viables la labor del cuidado fuera de los límites familiares.

La identificación del trabajo de cuidados con la naturaleza femenina y el hecho de que las mujeres siempre lo hayan realizado de manera gratuita en el seno de las familias habría permitido su desarrollo en el ámbito hospitalario. Viudas y solteras trabajaban preferentemente en el hospital. Las primeras eran llamadas “madres” y las segundas “hijas o doncellas”.

Pero, la mayor parte de hospitales tenían mujeres laicas como enfermeras, cuyo único requisito fue ser solteras y buenas cristianas. Estas tampoco dejaron testimonio escrito de su desempeño laboral porque eran mujeres que aprendían y enseñaban haciendo. Estas mujeres encontraron una vida digna y segura dentro de los hospitales, si lograban tener las cualidades de obediencia, disciplina, respeto a las normas internas y gran capacidad de trabajo. Características que no eran fáciles de asumir por mujeres laicas por lo que no es extraño que muchas abandonaran este trabajo al poco tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Investigación histórica de las mujeres (1999) Pautas históricas de sociabilidad femenina, rituales y modelos de representación: Actas del V Coloquio Internacional de la A.E.I. H.M., Universidad de Cádiz.
- Birriel Salcedo, M. (1994) La experiencia silenciada. Las mujeres en la Historia de Andalucía. Andalucía Moderna. En: Actas del II Congreso de Historia de Andalucía (Córdoba, 1991). Publicaciones de la Consejería de Cultura y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía y obra social y Cultural Caja Sur, Sevilla.
- Blasco Solana, M. (1996) El hospital real y general de nuestra Sra. de Gracia de Zaragoza, en el siglo XVI-XVII. Actividad del personal sanitario. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 29-31.
- Borderías Mondejar, C. (2009) La historia de las mujeres

a las puertas del nuevo milenio: balance y perspectivas. En La historia de las mujeres: perspectivas actuales, Icaria, Barcelona.

- Cabré I Pairet, M. (2006). Como una madre, como una hija: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media.” En: Historia de las mujeres en España y América Latina de la prehistoria a la Edad Media. Ediciones Cátedra, Madrid: T.1: 637-657.
- Carmona García, J. I. (1989) La reunificación de los hospitales sevillanos. Los Hospitales Reales. Hospitales de Sevilla. Real Academia Sevillana de Buenas Letras. Utrera.
- Colin Jones (1989) The charitable imperative. Hospitals and nursing in Ancien Regime and revolutionary France. Routledge. London and New York.
- Eseveni Chavarri, C. (1995) Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Editorial universitat, Madrid.
- Dangler, J. (2001) Mediatin Fictions: Literature, women healers, and the Go- Between in Medieval and Early Modern Iberia. Bucknell University Press, Lewinsburg.
- Fargues García, I. (1996) La enfermería en el hospital de la Santa Creu de Barcelona. Siglos XVI y XVII. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 133-138.
- Fernández, A. (1625) Instrucción de enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos. Imprenta del Reino, Madrid.
- García Arancón, R. (1988) El personal femenino del hospital de la Reina Blanca de Navarra (1425-1426). En: El trabajo de las mujeres en la Edad Media Hispana, Asociación Cultural Al-Mudayna, Madrid: 27-41.
- Gil Ambrona, A. (1996) Entre la oración y el trabajo: las ocupaciones de las otras esposas, siglos XVI- XVII. En: El trabajo de las mujeres: siglos XVI- XX. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid: 91-105.
- Gil Sacaluga, R. (1996) La atención sanitaria en Cádiz y provincia durante los siglos XVI y XVII. Cuidados, cuidadores y organización. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comu-

- nicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 63-68.
- Gómez García, M. (1996) Trabajo y actividades de las religiosas en los conventos malagueños (s. XVIII). En: El trabajo de las mujeres: siglos XVI- XX. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid: 107-116.
 - Gonzales Jiménez, M. (1996) Hospitales en Sevilla durante los siglos XIII-XVI. Historia y documentación. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 83-91.
 - Hernández Conesa, J.N. (1995) Historia de la enfermería. Un análisis histórico de la historia de la enfermería. Mc. Graw Hill - Interamericana, Madrid.
 - Hernández Martín, F. (1996) Historia de la enfermería en España: Desde la antigüedad hasta nuestros días. Síntesis: Madrid.
 - Hernández Martín, F. y M. E. Pinar García (1996) La enfermería en los hospitales madrileños del siglo XVI. Características generales del hospital en la Edad Moderna. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach, Barcelona, 1838: 43-50
 - Jiménez Rodríguez, I. (1996) La enfermería toledana del siglo XVI a través de los reglamentos hospitalarios. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 140-145.
 - López Beltrán, M. T. (2010) El trabajo de las mujeres en el mundo urbano medieval. En: Mélanges de la casa de Velázquez. Nouvelle serie. El trabajo de las mujeres en España (desde la antigüedad al siglo XX). Tomo 40-2, Casa Velázquez, Madrid: 39-57.
 - Martínez Martín, M.L. y Chamorro Rebollo E. (2011). Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Elsevier, Barcelona: 2011.
 - Rey Castelao, O. (2010) Trabajando a cubierto. Las empleadas institucionales a fines del antiguo régimen. En: Melanges de la casa de Velázquez. Nouvelle serie. El trabajo de las mujeres en España (desde la antigüedad al siglo XX). Casa Velázquez, Madrid, Tomo 40-2: 73-93
 - Rivasplata Varillas, P. E. (2011) Las doncellas de dote del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla: una lectura en clave de género. Editorial Académica Española, Berlín.
 - Rivasplata Varillas, P. E. (2012) Aproximación histórica de la enfermería femenina en Europa y América. La enfermería en el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla y los hospitales de Lima en el XVIII y parte del XIX. Editorial Académica Española, Berlín.
 - Rivera Carretas, M. M. (2006) Las beguinas y beatas, las trovadoras y las cataras: el sentido libre de ser mujer. En: Historia de las mujeres en España y América Latina de la prehistoria a la Edad Media. Ediciones Cátedra, Madrid, Tomo I: 745-767.
 - Salmón y Cabré M. (1998): Fascinating Women: the evil eye in Medical Scholasticism. En: Medicine from the black death to the French disease. Ashgate, Aldershot: 53-84.
 - Segura Graiño, C. (2004) Mujeres, trabajo y familia en las sociedades preindustriales. En La historia de las mujeres: una revisión historiográfica. Universidad de Valladolid, Fundación española de investigación histórica de las mujeres, Valladolid : 229-248.
 - Segura Graiño, C. (2001) La tela de Penélope. El tiempo para las mujeres en la Edad Media. En Rev. Arenal. 8.1: 39-54.
 - Teresa Morales, C. y García Berrocal, F.J. (2013) Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia. Rev. Cultura de los Cuidados, 17 (35): 42-54.
 - Teresa Morales, C. y García Berrocal, F.J. (2013) Hôtel-Dieu de París; reformas materiales, estructurales y funcionales entre los siglos XII y XVIII. Rev. Cultura de los Cuidados, 17(36):29-43.
 - Tey i Freixa, (1996) Una aproximación a la enfermería medieval: el hospital de Colom en el año 1375. En: I congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Libro de ponencias y comunicaciones. Fundación Uriach 1838, Barcelona: 32-37.
 - Valdivieso Val, M. I., Tomás Pérez, M et al (2004) La Historia de las mujeres: Una Revisión Historiográfica. Universidad de Valladolid, Valladolid.
 - Vinyoles Vidal, T. (2011) Hilar, cocinar, cuidar, cultivar, curara, educar, amara... quehaceres de las mujeres medievales. En: trabajo, creación y mentalidades de las mujeres a través de la historia. Una visión interdisciplinar. Universidad de Valladolid, Valladolid: 81-93.

Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina

Hysteria: Female's Sexuality History

Histeria: Historia Da Sexualidade Feminina

Elena M^a. Fernández Laveda, Águeda Fernández Martínez, Irene Belda Antón

Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster Salud, Mujer y Cuidados, Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Murcia

Cómo citar este artículo en edición digital: Fernández Laveda, E.M^a; Fernández García, A. y Belda Antón, I. (2014) Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>

Correspondencia: Elena M^a Fernández Laveda. C/ Antonio Machado, 19 CP 30420 Calasparra (Murcia)

Correo electrónico: efl94v@gmail.com

Recibido: 23/10/2013; Aceptado: 16/02/2014



ABSTRACT

Introduction: Hysteria comes from hysteron, a Greek word that means Uterus. From there it follows the feminization of the disease and the link with the prototype of perfect woman at that time.

Objective: Study the relationship between Hysteria and female sexuality through different historical periods.

Materials and Methods: Literature Review in Databases.

Results: Different studies try to explain the etiology and symptomatology of Hysteria. It calls our attention that some women were

treated in a clandestinely way: pelvic massages.

Conclusions: Analysis of the legacy of women who suffered from the stigmatization of being branded as hysterical women at present. How we see hysteria today: meaning and connotations.

Keywords: Hysteria, Hysterical Suffocation, History, Woman. Female's Sexuality History.

RESUMO

Introdução: Etimologicamente o termo Histeria vem da palavra grega Hysteron que significa Útero. Por isto deduzimos, a feminização da doença e a vinculação a um ideal de mulher historicamente vigente.

Objetivos: Dar a conhecer a Histeria e o laço que a associa com a sexualidade feminina durante diferentes épocas históricas.

Material e método: Revisão bibliográfica sistemática em bases de dados.

Resultados: Diferentes raciocínios tratam de esclarecer a etiologia, sintomatologia da doença. Resultado chamativo, por outro lado, o tratamento clandestino que algumas mulheres históricas recebem: o massagem pélvico.

Análise do legado das mulheres que sofrem estigmatização de serem acusadas de

históricas desde una visao actual. Como vemos a histgeria hoje: significado e conotações.

Palavras Chave: Histeria, sufocação histericas, Historia, mulher, Historia Da Sexualidade Feminina.

RESUMEN

Introducción: Etimológicamente el término Histeria proviene de la palabra griega Hysteron que significa Útero. De esto deducimos, la feminización de la enfermedad y la vinculación al ideal de mujer históricamente vigente.

Objetivos: Dar a conocer la Histeria y el lazo que la une con la sexualidad femenina a lo largo de diferentes épocas históricas.

Material y método: Revisión Bibliográfica Sistemática en Bases de datos.

Resultados: Diferentes racionamientos tratan de esclarecer la etiología y sintomatología de la enfermedad. Resulta llamativo, por otro lado, el tratamiento clandestino que algunas mujeres históricas reciben: los masajes pélvicos.

Conclusiones: Análisis del legado de las mujeres que sufrieron la estigmatización de ser tachadas de históricas desde una visión actual. Cómo vemos la Histeria hoy: significado y connotaciones.

Palabras clave: Histeria, Sofocaciones Históricas, Historia, mujer.

INTRODUCCIÓN

La Histeria, desde el momento de su nacimiento como patología, se considera una enfermedad claramente femenina. Las mujeres ven cómo su Útero se considera estigma de su imperfección y, por ende, factor de riesgo altamente predisponente para el padecimiento de este mal.

Esta Revisión Bibliográfica no pretende hacer apología del Feminismo, no demanda cas-

tigo ni persecución hacia el hombre en general o particular, simplemente hace un recorrido histórico por la vivencia de las mujeres aquejadas de Histeria. Mujeres que ven cómo su patología se centra en el hecho en sí mismo de tener Útero y, cómo a lo largo de los siglos, éste pasa de viajar por todo su cuerpo a convertirla en bruja o hasta a enmascarar traumas ocultos que dejan entrever una sexualidad enfermiza.

Éste es un viaje a través de la Historia, a través del tiempo, tomados de la mano de las mujeres que vivieron denostadas por sus Úteros, de las cadenas que las ataban y de cómo los científicos a lo largo de los siglos han tratado de desentrañar lo que significa ser una mujer diferente, una mujer histérica. El Objetivo fundamental que plantea este trabajo es dar a conocer al público en general el significado histórico de la Histeria, así como su oculta vinculación con la sexualidad y vivencias femeninas.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro estudio se plantea como una Revisión Bibliográfica que pretende la investigación de Fuentes Primarias y Secundarias para un abordaje de la Histeria que nos permita no sólo adentrarnos en la patología sino en lo que se deduce de ésta: La visión que los eruditos tienen de las mujeres, los comportamientos aceptables y la forma de entender la sexualidad femenina.

Las Fuentes Primarias se eligen por su trascendencia y sobretodo por la representatividad que adquieren al tratarse de material de estudio de las Facultades de Medicina del siglo XIX. El examen al que se someten dichos textos permite conocer el sentir de la comunidad científica sobre la Histeria y así poder leer entre líneas acerca de las mujeres y su sexo. Los textos pertenecen a 1862 y 1864. Las Fuentes Secundarias, por otro lado, se seleccionan por

su veracidad y utilidad en la contextualización de la Histeria en las diferentes Épocas Históricas. De esta forma, se pueden contraponer los conceptos de mujer ideal y sexualidad a lo largo del tiempo, a través de lo que fue y lo que es ser mujer. Para su obtención se realiza una búsqueda en las Bases de Datos CUIDEN, DIALNET, PUBMED, CINAHL y SCIELO usando las palabras clave Histeria, Sofocación Histórica, Historia, Mujer, Hysteria, Hysterical Suffocation, History, Women. De los textos obtenidos, se acotan los publicados desde 1968 a 2012.

RESULTADOS

Los orígenes de la Histeria: Sentando las bases de la Enfermedad del Útero.

El término Histeria proviene del vocablo griego “hysteron” y significa Útero. En la Antigüedad, se instauran las bases ideológicas de la Histeria como enfermedad propia del Útero. A partir de aquí, son numerosas las teorías que tratan de explicar su etiología y sus numerosas manifestaciones. Una de las más curiosas es la Teoría del Útero Errante, que trata de dar respuesta a la sintomatología a través de la movilidad del órgano por todo su cuerpo: Por ejemplo, si el Útero se desplazaba y aplastaba los pulmones producía ahogos, si lo hacía sobre el corazón, los síntomas eran palpitations.

La clave de este vagar orgánico es la imperfección del cuerpo femenino, caracterizado por la humedad y frialdad, que hacía que el Útero migrara en busca de los lugares más confortables de su anatomía. Médicos tan reputados como Hipócrates y Galeno ya mencionan este concepto en sus escritos y lo usan para solventar la patología femenina. Como tratamiento médico, se limitaban a “alimentar” al Útero con toda clase de sustancias para que éste volviera a su lugar. Es muy llamativa

la otra parte de la cura de la Histeria, que pasa por casar de forma inmediata a aquella mujer que fuese virgen e incluso a la que había enviudado. Parece más que clara la relación entre sexualidad e Histeria, que, de manos de la Iglesia, procura la redención del mal que habita en las mujeres a través del ministerio sagrado del matrimonio.

• *Edad Media y Renacimiento: Obediencia o redención a través de la hoguera.*

En la Edad Media, la vida de las mujeres se estructura en función de las necesidades de los demás. Se establece un patrón de mujeres estáticas y sumisas que son educadas para cumplir deberes prefijados por una sociedad patriarcal. Sus roles fundamentales son los de esposa y madre, irremediadamente ligada a un varón que vele por ella: padre, esposo, hermano... Por otro lado, aquellas mujeres que no se ajustan a estos roles son consideradas una amenaza, algo intimidante que hay que eliminar.

La sintomatología psíquica u orgánica de la Histeria se traduce en infamia que se ha apoderado de las mujeres: Son brujas que se dejan influenciar por el Diabolo. En este momento, el síndrome histérico deja de verse desde el prisma científico: Se inicia el escrutinio desde la lente de la religión. La mujer diferente se revisita de ropajes de pecado y es deber de la Iglesia deshacerse de los malos ejemplos persiguiendo y juzgando a cualquier mujer que actúe de forma incoherente según lo establecido.

Durante el Renacimiento, la Histeria pierde su halo demoníaco: Pasa de ser un tema tratado en Iglesias y con los Sacerdotes como “sanadores” del mal, para volver al campo de la Medicina. La etiología religiosa da paso a la Ciencia y a los científicos, que tratan de desentrañar el misterio de la mujer diferente: la mujer histérica.

El siglo XIX: Las histéricas de la alta sociedad.

El siglo XIX se caracteriza por el aislamiento femenino, las mujeres ven cómo la sociedad construye muros de sobriedad, religiosidad, conservadurismo y moralidad alrededor de ellas. La sexualidad femenina se encierra en la alcoba conyugal cuyo único objetivo moralmente aceptado es la reproducción. Al mismo tiempo, la Histeria adquiere mayor preponderancia como diagnóstico médico y llena los sanatorios, convertidos ahora en hervideros de mujeres histéricas.

De este modo, la Medicina se ve obligada a admitir una nueva realidad: La mujer posee instinto sexual y necesita las relaciones sexuales para mantenerse sana. Si bien este reconocimiento marca una diferencia sustancial con la Edad Antigua, nuevamente la sexualidad femenina viene ligada a la salud reproductiva. La importancia de un Útero sano para la reproducción hace que Medicina e Iglesia se den la mano (aunque sea a regañadientes).

Pese al largo periplo de la Histeria como patología, no hay consenso en cuanto a qué es, manifestaciones o etiología. Sólo hay una idea común a lo largo de los siglos: Cualquier comportamiento extraño en una mujer es compatible con la patología histérica.

Los sabios y científicos escudriñan cada rincón del cuerpo y la mente femeninos para tratar de comprender la enfermedad femenina que más quebraderos de cabeza ha dado a los grandes pensadores de la Historia, para ello emplearán los métodos que trae la nueva ciencia.

Como ejemplos de esta nueva ciencia, analizamos en mayor profundidad dos textos científicos que corresponden a esta época: “Tratados Prácticos de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer” de F. W. Scanzoni



ni (1862) y “Lecciones Clínicas de las Enfermedades de la Mujer” de Bedford (1864).

En “Tratados Prácticos de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer” de F. W. Scanzoni (1862), el autor define la Histeria como una “Neuralgia de Útero”. Es una enfermedad rara caracterizada por un dolor continuo que incomoda de forma permanente con una sintomatología inespecífica a nivel físico que va desde gordura o anemia a escosor en genitales, latidos que atravesaban la pelvis, estrechez anormal de la vagina o la secura extraordinaria de sus paredes.

Es muy habitual este tipo de diagnóstico durante el siglo XIX, aunque el propio autor duda de que todas las pacientes diagnosticadas de Histeria sean realmente enfermas de este tipo, puesto que en las autopsias no se encuentran síntomas orgánicos.

Bedford, en el tratado “Lecciones Clínicas de las Enfermedades de la Mujer”, en cambio, sí que da una etiología clara de su Histerismo, que es motivada por una alteración nerviosa refleja por la irritación de los órganos genitales. Además nos habla sobre factores de riesgo, situaciones, lugares y rasgos en el carácter que hacen que determinadas mujeres sean más

proclives a la enfermedad: "... las mujeres que nacen y se crían en ciudades populosas, en medio de las escitaciones de toda clases..."; "... la privación de las relaciones sexuales, sobre todo en las que fue habitual..."; "presentándose con más frecuencia en las hijas de madres histéricas..."; "el clima cálido [...], puesto que las alteraciones del aparato genital son más comunes en las regiones tropicales". También observa que hay más tendencia a la enfermedad en la pubertad que, por ejemplo, en la menopausia.

Bedford apuesta también por la posibilidad del padecimiento masculino de la Histeria y cita para ejemplificarlo un caso. En éste, el paciente presenta una sintomatología claramente motivada por la masturbación excesiva aunque, gracias a su inteligencia y a su buen sentido, los fenómenos histéricos desaparecen de forma rápida y sencilla.

Ambos autores convienen en la inespecificidad de los síntomas observados, lo que nos lleva de nuevo a la idea de que cualquier síntoma inexplicado desde un punto de vista orgánico, tiene cabida dentro esta enfermedad. El Útero parece ser el cajón desastre en el que se engloba casi cualquier problema de salud que una mujer pueda tener.

Tanto Bedford como Scanzoni coinciden en dar una breve pincelada final sobre la cuestión relativa al sexo: Scanzoni nos habla sobre una de sus pacientes, que mejora al casarse y Bedford nos comenta que en el tratamiento, es muy importante encontrar "una voluntad que la domine" y "obtener un tratamiento moral".

En estos textos, sin embargo, no habla de otro tratamiento que se realizaba dentro de la consulta médica: El Masaje Pélvico. En él, los médicos masajean el clítoris de sus pacientes hasta producirles un "paroxismo histérico", que hoy simplemente denominaríamos orgas-

mo. Obviamente el masaje pélvico no curaba la Histeria, de hecho, las supuestas enfermas acudían a los médicos para obtener el placer que no recibían en sus casas. Pero esta actividad se volvió en muchos casos tediosa.

El otro tratamiento de la Histeria

Se considera que el origen de la Histeria era la frustración sexual femenina pero no se hacía nada para promover una sexualidad más gratificante y plena. Como consecuencia, el número de mujeres histéricas aumenta alarmantemente y con éstas, el número de tratamientos que intentan sanarlas. Entre ellos adquiere gran relevancia el masaje pélvico, que lleva a muchas mujeres a la consulta para obtener su paroxismo histérico. De hecho, la afluencia de féminas en tratamiento llega a ser tal, que los médicos empiezan a inventar todo tipo de artefactos que ahorren tiempo y trabajo. Joseph Mortimer Granville patenta en la década de 1880 un aparato electromecánico de forma fállica como instrumento terapéutico para efectuar el "masaje pélvico" de forma más fácil, rápida y limpia. Al entenderse como herramienta médica se usa única y exclusivamente en la Consulta: Amigos, ha nacido el primer vibrador. Este nuevo invento tuvo tal notoriedad que se comercializó para llevarlo al gran público. Las mujeres podían realizarse el masaje pélvico ellas mismas en la comodidad de sus casas evitando así acudir a la consulta. Eso sí, siempre con la ayuda de su marido y en un contexto puramente médico.

Su difusión a través de curiosas campañas publicitarias acrecienta este nuevo furor vibratorio hace. Se promocionan como una forma de mantener a las mujeres relajadas y contentas: "La vibración proporciona vida y vigor, fuerza y belleza", "El secreto de la juventud se ha descubierto en la vibración". Su éxito llega a

tal extremo que algunos modelos incluyen un recambio adaptable que convierte el vibrador en una batidora. Curioso cuanto menos.

Al final de esta época, algunos médicos declaran sentirse frustrados al haberlo probado todo y no alcanzar los resultados esperados, puesto que las enfermas nunca llegaban a curarse. Fue el primer mal al que los médicos no pudieron encontrar una explicación totalmente somática, por ello, tratan de buscar algo que por fin le dé una explicación global. En ese momento se empieza a introducir el término “neurosis”.

Siglo XX: El cambio.

La mujer se considera inferior biológicamente al hombre, por tanto éstas no podían votar, estudiar o simplemente pasear solas. Una mujer no podía realizar ninguna tarea parecida a las del hombre por el riesgo de volverse histérica: Una pregunta incómoda en un momento inapropiado puede ser considerada un indicio de la patología.

En los planteamientos del Socialismo, se establece como uno de sus principios básicos el de igualdad. Se instituye como un derecho fundamental tanto para hombres como para mujeres, esto reactiva procesos sociopolíticos que fomentan la participación de las mujeres, defendiendo sus derechos al trabajo y a la educación. Su participación en Sindicatos y diferentes partidos políticos contribuyó a la consolidación de las organizaciones feministas.

Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, muchas mujeres conforman movimientos sufragistas que exigían los derechos civiles para éstas. Allí su demanda principal era el derecho al voto. A través de la obtención de éste se esperaba conseguir los demás.

Coincidiendo con todo esto y con la aparición de los movimientos feministas, los diagnósticos de histeria decayeron progresivamente.

Freud, en su “Estudios sobre la Histeria”, adopta la expresión “Histeria de Conversión” para designar un cuadro en el que los síntomas somáticos representan la resolución simbólica de un conflicto inconsciente. Señala que la aparición del síntoma viene determinada por la obtención de una ganancia secundaria.

El autor parte de lo extraño de la heterogeneidad de la sintomatología y que no se encuentre correlato ni fuente orgánica: Anestias sensoriales, contracturas, parálisis, tics, vómitos, anorexia, perturbaciones de la visión, alucinaciones, convulsiones... Todos se engloban dentro de su “Teoría Traumática de la Histeria” para, enumerando los síntomas, permitan diagnosticar a las mujeres de forma precoz y, a partir de ello, tratar de curarlas mediante sesiones de hipnosis y regresión. Se abre así una nueva vía de investigación, en la que los síntomas histéricos son indicio de un conflicto psíquico inconsciente.

Todo esto da lugar a la desaparición de Histeria como diagnóstico médico para sustituirse por el “Trastorno de Conversión o Somatomorfo”. Como la antigua Histeria, sigue siendo más frecuente en mujeres y personas de bajo status económico, su inicio se da en la edad adulta y su debut puede ser repentino tras un conflicto o gradual.

CONCLUSIONES: LA HERENCIA DE LA HISTERIA.

La moralidad y la tradición como pauta del comportamiento femenino es una constante a lo largo de la Historia. En general, se espera que la mujer sea sumisa, abnegada y obediente, ya que no está bien visto que la mujer muestre sus pasiones de forma abierta.

Las restricciones y convencionalismos sociales coartan sus libertades y, entre ellas, la sexual: La mujer no tiene derecho a desear.

Las relaciones sexuales se enmarcan dentro de la función reproductiva y, fuera de esto, son tachadas de indecorosas. El cambio viene de mano de los movimientos sufragistas, que promueven la revolución y siembran la semilla de la libertad y la igualdad entre hombres y mujeres.

Los fenómenos histéricos acompañan a las mujeres a lo largo de todo este periplo, intentando dar respuesta a la patología femenina de una forma científica, revistiendo los prejuicios masculinos de ropajes de erudición: El sujeto de experimentación siempre es femenino mientras que son hombres los que definen y describen los comportamientos anómalos fruto de su patología.

Curiosamente la estela de la Histeria perdura en nuestros días: Se usa el término Histeria también como sinónimo de nerviosismo o excitación extrema determinando además que la persona histérica es aquella que no sabe lo que quiere o que cambia de parecer muy rápido, sin razón o sin ningún motivo aparente. Igualmente, en algunas culturas, se entiende como histérica aquella mujer que es capaz de seducir sin ningún tipo de interés romántico o sentimiento de amor. A la luz de lo anterior, el carácter negativo que todavía hoy se asocia a esta palabra así como su estrecha vinculación a la mujer.

Otro modo de ver el calado actual de la Histeria es analizando la filmografía, ya que la información audiovisual queda fijada en nuestra mente impregnando opiniones e interpretaciones de la realidad. Analizando algunos ejemplos observaremos cómo el cine ha tratado el histerismo femenino, para comprobar el mensaje que se transmite en nuestros días.

En “Mujeres al borde de un ataque de nervios” de Pedro Almodóvar se retrata a mujeres capaces de cualquier cosa por retener al hom-

bre. Su obsesión por ser amadas es tal, que las lleva a cometer locuras con la excusa de no poder vivir sin amor. Esto motiva que se las califique como desquiciadas o histéricas.

Woody Allen en “Vicky, Cristina, Barcelona”, representa a María Elena como: “Una española con carácter, nerviosa, histérica y con muy mal genio”. No hay una definición clara, pero se intuye el carácter negativo del adjetivo.

“Hysteria” narra en clave de ficción cómo se inventó el vibrador como forma médica de atender a los pacientes de forma rápida y eficaz. En contraposición, en “Un método peligroso”, se muestra la dramática vivencia de una mujer que padece Histeria. Quedan claramente retratadas todas las fases de la patología: Desde su inicio, con toda la sintomatología asociada a la enfermedad y la crisis en su máximo apogeo, hasta el tratamiento psicoanalítico de Freud y Jung y la curación completa. Es muy ilustrativa su visión de la mujer histérica y todos los padecimientos que trae aparejados.

Como deducimos de esto, mujer e Histeria siguen unidas en perenne matrimonio incluso en el siglo XXI. Ya no entendida quizás como enfermedad, pero sí como algo relativo a la mujer y que marca su historia y la de sus derechos y libertades. Arrastramos la evocación mordaz y satírica hacia la mujer que levanta la voz y se hace oír.

Pero, pese a este injusto y negativo vínculo establecido entre Mujer e Histeria, nuestras antepasadas nos regalan un generoso tesoro: Poder ser consideradas seres sexuados y sexuales. No sólo somos mujeres por ser anatómicamente diferentes al hombre, por el hecho maravilloso de tener un Útero sino que además tenemos instinto sexual y deseamos como cualquier hombre.

Y ya un órgano no basta única y exclusivamente para definir lo que es una mujer sino

que, gracias a nuestras predecesoras, mujeres históricas que fueron casadas a la fuerza, galvanizadas, tachadas de locas, herejes, brujas, impuras o simplemente no consideradas como individuos con capacidad de raciocinio, hoy podemos disfrutar de todos nuestros derechos y libertades, incluyendo la libertad sexual.

BIBLIOGRAFÍA

- elmundo.es salud (2007) La realidad de la Histeria [Artículo], elmundo.es salud. Disponible en: <<http://www.ELmundo.es/elmundosalud/2007/04/13/neurociencia/116462216.html>> [Consultado el día 2. 3. 2013]
- History House (2005) Why only women get hysterical [Artículo], Historyhouse. Disponible en <http://www.Historyhouse.com/in_history/hysteria/> [Consultado el día 26. 2. 2013]
- Errázuriz Vidal, P. (2012) Misoginia romántica, psicoanálisis y subjetividad femenina. Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza
- Freud, S. (1895) Escritos sobre la Histeria. Alianza Editorial, Madrid
- Flores- Ayffán Santana, Z. E. (2010) Mujeres al borde de un ataque de nervios. Almodóvar: sumergido en el mundo femenino, Acta de diseño 9, V Encuentro Latinoamericano de Diseño, Buenos Aires
- Fraile Bravo, M; Tirado Altamirano, F; Prieto Moreno, J; Hernández Neila LM; Magdaleno Bravo E; Sánchez Solís L. (2012) Naturalis historia de Plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16(33):50-54.
- Galende, E. (2001) Sexo y amor: Anhelos e incertidumbres de la intimidad actual. Paidós, Buenos Aires
- Gunnings S. Bedford, A. (1864) Pablo Gentil (traducción). Imprenta de José M. Ducazal, Madrid
- Hernández Conesa, J. Mª (1995) Historia de la Enfermería. McGraw Hill- Interamericana, Madrid
- Jacquart, D; Tomasset, C; Adamson, M. (1990) Sexuality and Medicine in the Middle Ages Medical History 34(2): 218.
- Lamet, P. M; Ródenas, J. M; Gallego, D. (1968) Capítulo 5 en Lecciones de cine. Ed. Mensajero, Bilbao
- Nash, M; Tavera, S. (1995) Experiencias desiguales: Conflictos sociales y respuestas colectivas (s. XIX). Ed. Síntesis, Madrid: 58- 59
- Ortiz Gómez, T. (2002) El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer, I Congreso Nacional “La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud” Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales- Instituto de la Mujer. Madrid
- Scanzoni von Lichtenfels, F. W. (1862) Tratado práctico de las enfermedades de los órganos sexuales de la mujer. Carlos Builly- Bailliere (traducción). Librerías extranjera y nacional, científica y literaria, Madrid
- Polaino- Lorente, A. (1998) Sexo y Cultura: Análisis del comportamiento sexual. Ed. Rialp, Madrid
- Zabala Zapata, I. M. (1996) Feminismo y Literatura en Díaz Diazcaletz, M.; Zabala Zapata, I. Breve Historia feminista de la Literatura Española en Lengua Castellana. Anthropos, Barcelona

Antropología

Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar

Space, liminality and sociability: ethnography of the dinning room in a hospital unit

Espacio, liminaridad y sociabilidad: etnografía de la sala de café de una unidad hospitalaria

Lucas Pereira de Melo (L. P. MELO)¹, Maria Helena Lenardt (M^a H. LENARDT)²

¹Doutor em Ciências. Professor do Curso de Medicina multicampi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Líder do Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Medicina e Saúde.

²Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Sênior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Líder do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos.

Cómo citar este artículo en edición digital: Melo, L.P. y Lenardt, M^a. H. (2014) Espaço, liminaridade e sociabilidade: etnografia da sala do café de uma unidade hospitalar. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.09>

Correspondência: Lucas Pereira de Melo. Avenida Dr. Carlindo de Souza Dantas, 540, centro, Caicó-RN, Brasil. CEP: 59300-000. Telefone para contato: 55-19-981310946. Correo electrónico: lucasenf@yahoo.com.br

Recibido: 11/12/2013; Aceptado: 10/02/2014



ABSTRACT

This ethnographic study aimed to interpret the structural and symbolic dimensions of the dinning room through the social interactions between the professionals of the patient team

care of a Trauma Unit in an university hospital. Participant observation and semi-structured interviews were used to collect data. The analysis was performed through the development of cultural domains, taxonomic analysis and cultural themes. Four cultural domains were identified: the liminal state and the communities; the significance of the social interactions outside the dinning room; the meaning of the closed door; and, sharing experiences at the dinning room. The cultural theme was: “the dinning room it is a place that works for everything”: space, liminality, and sociability. We conclude that the existence of physical spaces for sociability between health professionals is essential to conduct the work process, and to the workers’ quality of life.

Key-words: Medical anthropology. Interpersonal relations. Patient care team. Hospital units. Ethnography.

RESUMEN

Se trata de un estudio etnográfico cuyo objetivo consiste en interpretar las dimensiones estructurales y simbólicas del espacio físico de la sala de café de la Unidad de Trauma de un Hospital Universitario. Los datos fueron recolectados a través de observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas y analizadas en dominios, taxonomías y temas culturales. Surgieron cuatro dominios culturales: el estado liminal y la *communitas*; la significación de la realidad externa a la sala de café; el significado de la puerta cerrada; el intercambio de experiencias en la sala de café. El tema cultural fue: “La sala de café es el lugar que sirve para todo!” – espacio, liminaridad y sociabilidad. Llegamos a la conclusión de que la existencia de espacios físicos para sociabilidad de los profesionales es fundamental en la conducción del proceso de trabajo e para la calidad de vida de los trabajadores.

Palabras clave: Antropología médica. Relaciones interpersonales. Grupo de atención al paciente. Unidades hospitalarias. Etnografía.

RESUMO

Trata-se de estudo etnográfico, cujo objetivo foi interpretar as dimensões estruturais e simbólicas do espaço físico da sala de café, por meio das interações sociais entre os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de Trauma de um Hospital Universitário. As informações foram coletadas por meio da observação participante e entrevistas semiestructuradas e analisadas mediante a identificação de domínios, taxonomias e temas culturais. Emergiram os domínios culturais: o estado liminar e a *communitas*; a significação das interações sociais na realidade externa à sala de café; o significado da porta fechada; o compartilhar de experiências na sala de café. O tema cultural foi: “A sala de café

o lugar que serve para tudo”: espaço, liminaridade e sociabilidade. Conclui-se que a existência de espaços físicos para a sociabilidade dos profissionais é fundamental para a condução do processo de trabalho e para a qualidade de vida do trabalhador.

Palavras-chave: Antropologia médica. Relações interpessoais. Equipe de assistência ao paciente. Unidades hospitalares. Etnografia.

INTRODUÇÃO

O hospital moderno é um espaço marcado pela hierarquia de poder, ordem e disciplina por meio de um processo gradual de disciplinarização e submissão originada em relações concretas e singulares. Nesse campo tomado pelo discurso e poder institucionais, as normas, as rotinas e as condutas disciplinares deslocam-se do imaginário para o concreto, construindo relações num intrincado elo entre ordem e disciplina (Luz, 1986).

Sendo assim, verdadeiros campos de forças se materializam na arquitetura do hospital, na disposição espacial dos objetos e móveis, no dimensionamento dos profissionais, no equacionamento dos horários, na eleição de cores, na maneira adequada de vestir-se e comportar-se, no corpo disciplinado, no controle da sexualidade, no tom da voz, no distanciamento de emoções e sentimentalidades.

Nesse contexto, a sala do café, ou copa, compõe comumente a estrutura física de alguns setores/unidades desses serviços de saúde. Trata-se de um espaço que remete ao caráter doméstico da cozinha, por ser um local para fazer refeições, descansar e encontrar colegas de trabalho. No entanto, a sala do café como cenário integrante dos serviços de saúde (principalmente de hospitais) não tem sido foco de investigações tanto no contexto brasi-

leiro, quanto em outros países. Ou seja, a existência da copa e das interações sociais que nela ocorrem tem sido invisibilizada ou mantida como bastidores. Dessa forma, nesta etnografia, assume-se que a copa pode assumir outros papéis e funções de caráter simbólico.

Além disso, partiu-se do pressuposto de que a instituição hospitalar, com todas as práticas e saberes que produz, está inserida em um espaço cultural que dá sentido e organiza, em última instância, os aspectos técnicos e científicos da sua produção e reprodução (Sahlins, 2003). Nessa perspectiva, os conceitos de liminaridade, antiestrutura e *communitas* foram empregados na análise do espaço físico da copa e das interações sociais nele engendradas pelos profissionais de saúde e outros sujeitos externos à unidade hospitalar (Turner, 2013; Van Gennep, 2008).

Entende-se por liminaridade um estado transitório ou intermediário no qual as pessoas ou, no caso em estudo, os espaços físicos são necessariamente ambíguos, escapando às redes de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num contexto cultural (Turner, 2013). Esse atributo de não estar aqui nem lá, mas entre, possibilita um tipo particular de interação social que ocorre num determinado grupo – a *communitas*, “considerada como um ‘comitatus’, não-estruturado, ou rudimentarmente estruturado e relativamente indiferenciado, uma comunidade ou mesmo comunhão de indivíduos iguais que se submetem em conjunto à autoridade geral dos anciãos rituais” (Turner, 2013, p. 99). Tais conceitos são pertinentes à análise do objeto estudado, uma vez que o caráter liminar e a *communitas*, como modalidade de interação social, evidenciam uma oposição (antiestrutura) em relação à estrutura hospitalar, o que abre possibilidades de

conflito e transformação social.

O objetivo deste artigo foi interpretar as dimensões estruturais e simbólicas do espaço físico da copa, por meio das interações sociais entre os profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de Trauma de um Hospital Universitário.

METODOLOGIA

A abordagem qualitativa foi a ferramenta para o desenvolvimento deste estudo, norteada pelo referencial teórico-metodológico da pesquisa etnográfica (Spradley, 1980; Spradley e McCurdy, 1979). A etnografia envolve um contínuo esforço de se colocar em encontros e eventos específicos, com vista à compreensão de contextos e fenômenos significativos para um dado grupo social. Dessa forma, ela combina o trabalho de campo e uma variedade de desenhos e métodos de pesquisa para produzir relatos, descrições, interpretações e representações da vida humana, histórica, política e biograficamente situadas (Tedlock, 2000).

Cenário do estudo e atores da pesquisa

O cenário cultural foi a Unidade de Trauma de um Hospital Universitário, situado na cidade de Campinas (SP). Trata-se de um hospital mantido com recursos do Sistema Único de Saúde e da Universidade. A unidade de trauma está vinculada ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade. Em geral, os pacientes admitidos na unidade de trauma são submetidos a tratamento cirúrgico de urgência ou eletivo, em diversas especialidades.

A equipe multiprofissional estava dividida em três turnos de trabalho: o plantão da manhã (7 às 13h), o plantão da tarde (13 às 19h) e o plantão noturno (19 às 7h). A carga horária de trabalho semanal variava entre 30 e 40

horas, a depender da categoria profissional. Em cada plantão trabalhavam um médico R1 (aluno do 1º ano do Programa de Residência Médica em Cirurgia do Trauma. Ele era apoiado pelos residentes mais graduados, R2 e R3, e pelo docente responsável), dois enfermeiros assistenciais, um enfermeiro supervisor, quatro técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, um assistente social e um agente administrativo.

A unidade de trauma estava dividida em sete quartos, um deles com quatro leitos e os demais com dois. Do total de leitos, quatro eram destinados a pacientes em cuidados intensivos ou semi-intensivos.

A copa compreendia um espaço de, aproximadamente, três metros de comprimento por dois metros de largura. Situava-se em frente a dois quartos de pacientes. Em seu interior encontravam-se dispostos alguns móveis (geladeira, mesa, cadeiras, armários) e eletrodomésticos, além da pia para preparo de alimentos, bebidas e lavagem das mãos e utensílios. Cada plantão tinha seu espaço no armário onde eram guardados os ingredientes necessários para o preparo do café e os utensílios domésticos de que faziam uso.

O acesso à copa era livre. Oficialmente cada funcionário tinha o direito de estar na copa por 15 minutos durante um plantão de seis horas. É o tempo que lhes eram conferidos para descanso. Em cada plantão, o funcionamento da copa tinha início juntamente com as atividades do processo de trabalho. Realizadas as atividades iniciais do plantão, o responsável pelo café dirigia-se à copa, reunia os ingredientes e preparava a primeira garrafa de café.

No decorrer do plantão, várias eram preparadas. Esta era uma das atividades primordiais na copa, pois o café é o desencadeador de situações sociais. Passadas as primeiras duas ou três horas do plantão, tinha início o “horário de pico” na copa. Esse “horário de pico”¹ durava, em média, uma hora devido aos revezamentos que os atores sociais realizavam.

Na condução do trabalho de campo, foram considerados informantes gerais aqueles indivíduos que estiveram presentes nas cenas culturais observadas. Esses atores foram os profissionais da equipe multiprofissional e pacientes da unidade de trauma, os quais participaram da pesquisa por meio da observação participante. No diário de campo foram mantidos registros etnográficos de todas as informações que contribuíram para documentar a situação social em estudo.

Os informantes-chave foram selecionados entre os membros da equipe multiprofissional, mediante os seguintes critérios: possuir vínculo empregatício com a Instituição; trabalhar nos plantões manhã ou tarde; e estar presente durante o período de coleta de dados. Os critérios para exclusão da pesquisa foram: não possuir vínculo empregatício com a Instituição (estudantes e residentes) e estar de férias ou em licenças diversas durante o trabalho de campo.

Como informantes gerais tiveram-se 45 profissionais, sendo: 20 técnicos de enfermagem, 12 enfermeiros, 06 médicos residentes, 03 técnicos administrativos, 02 fisioterapeutas, 01 nutricionista e 01 assistente social. Desse total, 18 participaram como informantes-chave e foram entrevistados individualmente, sendo: 08

¹ O “horário de pico”, segundo os informantes, diz respeito ao horário em que todos costumam ir à copa para tomar café, lanche e conversar. Ou seja, a expressão “pico” diz respeito ao período de maior movimento de pessoas naquele espaço. Em geral, esse horário é no meio do período de cada plantão. Assim como no trânsito das grandes cidades, o “horário de pico” na copa era caracterizado pelo fluxo intenso de pessoas no interior da copa e pelos burburinhos de suas conversas e risadas. Nos horários “entrepicos” os profissionais também frequentavam-na, mas em duplas ou em pequenos grupos e, geralmente, para conversas particulares.

enfermeiros, 06 técnicos de enfermagem, 01 fisioterapeuta, 02 técnicos administrativos e 01 assistente social que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

Trabalho de campo, análise das informações e aspectos éticos

As informações foram coletadas por meio da observação participante e da entrevista semiestruturada, perfazendo seis meses de trabalho de campo. Os dados sóciodemográficos dos profissionais (sexo, idade, cor/raça, estado civil, escolaridade, ocupação, locais de trabalho, renda familiar, jornada de trabalho, tempo de trabalho na instituição) foram obtidos por meio de questionário estruturado.

A observação participante iniciou com observações descritivas, a fim de obter um panorama geral da situação, seguindo-se as focadas, conforme foram delimitados os domínios culturais. Essa técnica foi útil na descrição do cenário cultural, além da verificação de hipóteses ou afirmações, complementação dos dados e para a interpretação do que foi dito pelos profissionais nas entrevistas.

Para as entrevistas semiestruturadas foram feitos convites aos informantes-chave e agendado um horário de acordo com a disponibilidade de tempo de cada um deles. As entrevistas tiveram início com questões descritivas de acordo com o roteiro elaborado, seguidas das questões estruturais. Todas as entrevistas foram realizadas na sala da supervisão de enfermagem da unidade de trauma, registradas em áudio e utilizadas para a compreensão do contexto sócio-cultural e do ponto de vista dos profissionais. Nos verbatins extraídos do corpus das entrevistas os informantes são identificados por códigos (P1, P2...): onde a letra “P” significa “profissional” e o número corresponde à ordem de aparecimento no texto.

Analisaram-se as informações de forma concomitante à coleta. Os domínios culturais foram buscados nos registros etnográficos a partir da identificação das relações semânticas e dos termos cobertos e incluídos. Após a elaboração dos domínios hipotéticos, os mesmos foram testados por meio de observações e entrevistas, utilizando questões estruturais (Spradley, 1980).

As taxonomias foram estruturadas a partir dos domínios mais significativos, com maior quantidade de informações e que permitiram a interpretação do significado atribuído pelos profissionais às interações sociais na sala do café. A análise taxonômica iniciou a partir da seleção de um domínio significativo com maior quantidade de termos incluídos, buscando identificar novos termos, as relações e as subdivisões dos mesmos nos registros etnográficos. Então foi construída uma tentativa de taxonomia em forma esquemática e a mesma foi elucidada e checada com os informantes, a partir de observações focadas e entrevistas com questões estruturais e seletivas (Spradley, 1980).

Na etapa da análise temática identificou-se a grande unidade de pensamento presente nos domínios e que oferecia uma visão holística das cenas culturais. Assim, o tema cultural constituiu o padrão maior em torno do qual se incorporaram as relações entre os domínios identificados (Spradley, 1980). O processo cíclico de coleta e análise de dados foi interrompido quando se obteve a circularidade das informações e os domínios mais significativos do estudo contiveram informações suficientes para emergir o tema cultural. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e aprovado no Parecer nº 555/2008. Foram respeitados os



preceitos éticos de participação voluntária e consentida, segundo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características de identificação

Dos 45 participantes 62% eram do sexo feminino, com idade entre 23 e 57 anos, 46,7% solteiros, 48,8% com renda familiar entre R\$ 2 mil e R\$ 4 mil reais, 75% possuíam dois vínculos empregatícios, 51,1% trabalhavam 6 horas por dia e 29% faziam jornadas de 12 horas diárias. O tempo de experiência na enfermaria variou de 4 meses a 30 anos.

Da análise do material etnográfico emergiram quatro domínios e taxonomias culturais e um tema cultural, os quais são apresentados a seguir.

Domínio cultural 1 - O estado liminar e a *communitas*

Segundo os informantes, os motivos para ir à copa são os mais diversos:

“Vou à copa, primeiramente, para tomar um cafezinho. Mas o grande valor da copa é esse momento de você respirar um pouco, desabafar, sabe? Você desacelerar o coração. Se você ficar nessa correria aí, fica louco! Aí você chega lá,

sentada, toma um [respirou profundo em alusão a um fôlego], conta até 10, até 20, depois você anima de novo e vai... É onde você recupera a energia” (P1)!

“Vou à copa porque lá é o nosso ponto de encontro! Sentamos, conversamos, perguntamos como foi o dia, como está a enfermaria, como estão os pacientes. Conversamos coisas que no corredor não dá para parar e conversar, porque não dá tempo” (P2).

A sociabilidade promovida no interior da copa, além de englobar as funções mais atreladas ao lazer, faziam-se, principalmente, por meio da possibilidade de desvinculação da postura técnica em função de uma postura mais “pessoalizada” – próximo do que se é fora do hospital.

Tal desvinculação emergia como fundamental, por ser o “pré-requisito” para o tipo de sociabilidade vivenciada na copa (*communitas*). É como se fosse improvável estarem lá, sentirem e fazerem o que relatavam, estando distantes de uma postura ambígua (liminar), que lhes oferecesse a possibilidade de criar, de se colocarem em um espaço que contrariava a estrutura e a classificação próprias do ambiente hospitalar (antiestrutura).

Com isso, a copa adquiria os atributos de um espaço liminar no sentido de permitir aos ali presentes viverem um estado de margem e de ambiguidade (Van Gennepe, 2008). Esse estado é denominado de liminaridade e sua relevância consiste em engendrar uma ambiguidade classificatória (Turner, 2005; Turner, 2013; Van Gennepe, 2008; Douglas, 2010). Tal ideia fazia sentido para o contexto estudado por se tratar de um ambiente fortemente hierarquizado, estruturado e disciplinado (o hospital moderno).

Esse processo de liminaridade é, fundamentalmente, uma forte e singular coletiviza-

ção, marcada pelo contato com o “*nós essencial*”, uma das dimensões mais importantes na constituição de um estado “antiestructural”, um estado destituído de individualidade e compartimentalização (Turner, 2013). No entanto, cumpre ressaltar que a sociedade brasileira se caracteriza por seus valores hierárquicos e a evidente distinção entre o código da “casa” (fundado na família, na amizade, na lealdade, na pessoa e no compadrio) e o da “rua” (baseado em leis universais, na burocracia, no formalismo jurídico-legal). Nessa perspectiva, a liminaridade promoveria uma experiência com um “eu essencial” (DaMatta, 1997; 2000).

Nesse sentido, pode-se afirmar que os frequentadores da copa realizavam os dois processos descritos anteriormente: o “*eu essencial*”, descrito por DaMatta (1997; 2000) e o “*nós essencial*”, apontado por Turner (2013). Faziam-no da seguinte forma: primeiramente, os atores sociais entravam em contato com o “*eu essencial*”, pois o trabalho no hospital tende a massificar comportamentos e padronizar processos de trabalhos. Diante disso, o ato de passar pela porta da copa e penetrar seu recinto permitia ao indivíduo um movimento simbólico de reencontro com seu “*eu*” fragmentado no processo de trabalho em saúde. Quando atingiam o “*eu essencial*” os atores sociais mobilizavam-se para a *communitas*, um modelo de correlacionamento humano e de sociabilidade, justaposto e alternante com o sistema estrutural, que é o processo de coletivização ou o “*nós essencial*” (Turner, 2013). A situação de *communitas* é um estado desprovido de individualidade e fragmentação, fortemente marcado pelo vínculo de comunhão entre os indivíduos iguais. Esse processo pode ser mais bem observado no trecho que segue:

“Na copa é outra postura! Dentro do quarto tem que ser mais séria, tem que ter uma pos-

tura da enfermeira, da cuidadora. Dentro da copa você já pode ser mais você. Mostrar-nos um pouco mais, ser mais verdadeiros! Se fossemos comparar a enfermaria com um teatro, os profissionais seriam atores, os pacientes e os familiares seriam a platéia, os corredores e os quartos seriam os palcos e a copa seria os bastidores! Já comparando essa copa com a nossa casa, talvez a copa fosse o banheiro! [risos] Lá fazemos coisas que você não tem coragem de fazer na frente da sua família [risos]” (P3).

A partir do momento em que esse estado de *communitas* e antiestrutura se evidenciavam, o “*nós essencial*” passava a constituir o húmus social necessário para a construção de sociabilidades distintas às que são engendradas fora do espaço físico da copa.

No entanto, é fundamental lembrar que a *communitas* e antiestrutura vivenciadas na copa guardavam certo grau de parcialidade. Esse fato podia ser observado, por exemplo, na existência de mitos de interdição a pacientes e estudantes e de padrões de comportamentos que, embora não fossem tácitos, tornavam o acesso à copa “privilegio” de alguns. Ou seja, a *communitas* e a antiestrutura experimentadas na copa eram verdadeiras e radicais quando comparadas à estrutura rígida do hospital, mas parcial e flexível quando analisadas isoladamente.

Domínio cultural 2 - A significação das interações sociais na realidade externa à copa

Tendo como ponto de referência a sala do café, observou-se que, em termos de espacialidade, o universo social da unidade de trauma estava simbolicamente dividido da seguinte forma: o espaço interno da copa (liminar) e o espaço externo a ela (compreendia os demais espaços físicos: posto de enfermagem, quartos

de pacientes, corredores, etc.). Dessa maneira, as interações sociais engendradas no interior da copa possuíam usos sociais e significados diversos na realidade externa. Para os profissionais em geral, as interações sociais ocorridas na copa permitiam o manejo da convivência com o colega de trabalho. Lá existia um sentido de coletividade, mas, ao mesmo tempo, servia como “banco de dados”, objetivos e subjetivos, na medida em que fomentava a compreensão das relações que se davam fora dela. Com as informações partilhadas nos “horários de pico”, a informação circulava intencionalmente em todas as direções e, às vezes, endereçada, o que permitia conhecer o outro e assim negociar, no cotidiano, as relações de convivialidade. Por isso, as interações sociais na copa não eram ingênuas:

“A copa é um lugar que usamos para desabaçar e é, também, o lugar onde julgamos: julgamos as ações que foram feitas, quando alguém mal-trata, quando alguém faz algo que não estamos de acordo. É onde começa o comentário de tudo, para que os colegas que chegarem perto das pessoas citadas, já chegarem com mais jeito e saberem como é a situação” (P4).

Além disso, tais interações não se prestavam apenas para o desabaço, pelo contrário, o que ocorria na copa ganhava vida fora dela:

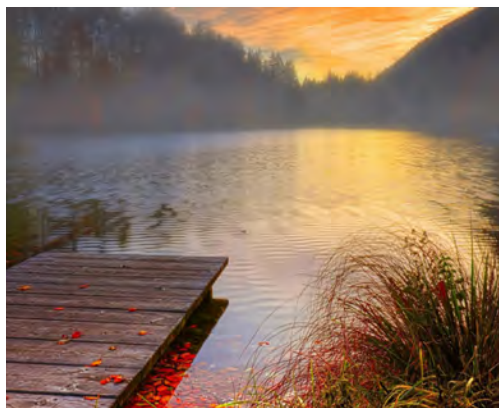
“Lá você conhece mais as pessoas: o que acham, o que falam, quem faltou, quem deu atestado. É um momento social! E, como enfermeiro, não deixamos de analisar as pessoas, nunca. Às vezes, em um discurso, em um descuido sobre o que fez no final de semana e comportamentos com amigos, você começa a imaginar como a pessoa pode ser profissionalmente e, também, como amigo. Não dá para negar que há isso. Não que você use tudo isso diretamente durante o trabalho, mas são informações que você capta” (P5).

Por outro lado, para os dirigentes da unidade de trauma, a copa despontava como um motivo de constante preocupação, pois figurava como um espaço liminar, que produzia *communitas* e antiestrutura. Nesse sentido, ela representava uma perturbação da norma, uma fuga ou esconderijo, como expressou alguns informantes. Diante disso, pergunta-se o porquê de em quase toda parte se atribuir às situações e papéis liminares propriedades mágico-religiosas (no caso em estudo, referem-se à possibilidade de serem contrárias aos modelos, rotinas, por deixar as pessoas distantes dos “olhos” disciplinadores), ou perigosas, de mau agouro, contaminadoras para as pessoas, os objetos, os acontecimentos e relações que não foram ritualmente incorporadas ao contexto liminar (Turner, 2013).

Em resumo, na perspectiva daqueles aos quais incumbe a manutenção da “estrutura”, todas as manifestações continuadas da *communitas* devem aparecer como perigosas e anárquicas, e precisam ser rodeadas por prescrições, proibições e condições. É como se aquilo que não pode, com clareza, ser enquadrado nos critérios tradicionais de classificação, ou se situa entre fronteiras classificatórias, fosse considerado “contaminador” e “perigo” (Douglas, 2010; Turner, 2013).

“Uma situação desagradável que me marcou muito foi quando o pessoal [supervisores e diretores] quiseram proibir que a dupla de técnicos de enfermagem fosse junta à copa. Na verdade, é proibido, até hoje, mas ninguém respeita! Eu achei um absurdo quando eles fizeram isso! Eles quiseram tirar isso de nós [silêncio]” (P6).

“A copa tem pontos positivos e negativos. Os positivos é que você acaba interagindo mais com a equipe e o ambiente fica melhor de se trabalhar! Só que, na copa, você tem que ter o seu momento e saber até onde dá para continuar



ali. tem hora que se você não souber viver lá, você se prejudica” (P7).

Baseado nessas afirmativas pode-se observar uma tensão entre a estrutura própria da instituição hospitalar e a *communitas* e antiestrutura vivenciadas na copa. Essa tensão dava origem, geralmente, a proibições diversas, à vigilância dos frequentadores, a sanções leves para quem exagerava na maneira de utilizar a copa, e, geralmente, recaía sobre os profissionais de nível médio.

Domínio cultural 3 – O significado da porta fechada

No contexto estudado, o ato de atravessar a porta significava ultrapassar o limite entre o mundo externo (que corresponde ao mundo estruturado do hospital) e o mundo liminar da copa. Assim, ao atravessar a soleira, o indivíduo ingressava em um ambiente novo, diferente, liminar (Van Gennep, 2008). O cuidado em manter a porta fechada referia-se, primeiramente, ao fato de ser uma *communitas* parcial ou relativa e também ao meticoloso trabalho, que requer esforço e destreza dos atores sociais, para manter a impressão que eles veiculavam fora dali para seus pacientes, acompanhantes e para eles mesmos, no sentido de não afetarem a eficácia de suas representações (práticas profissionais) diante da platéia.

O recurso que a manutenção da porta da copa fechada simbolizava era fundamental nesse dilema, já que o elemento ocasional do caos e da descrença no papel social e na impressão de realidade criada e representada por eles era o confronto (para a platéia, notadamente, e para eles próprios) entre um contexto estrutural (o hospital e seus papéis profissionais) e um espaço de antiestrutura (a copa) (Goffman, 1989).

“Eu acho que os pacientes e familiares percebem a copa negativamente! Para evitar que isso aconteça, temos uma regra: entrou, fechou a porta! [risos] A porta sempre fica fechada porque lá dentro é aquela coisa dos bastidores: ninguém pode ver! Porque eles iriam nos achar diferentes, com certeza” (P3).

Para os profissionais, a coerência se perdia nesse embate, no momento em que os padrões de decoro, defendidos pela instituição e incorporados por eles em suas representações, não estariam em vigor na copa – um ambiente no qual o sistema social estruturado da organização era desmontado e seus elementos resignificados.

“Penso que isso afete nossa imagem como profissionais porque os pacientes não nos conhecem, não sabem da nossa qualidade como profissionais. Você deve procurar passar confiança, credibilidade, seriedade naquilo que está fazendo. Porque se você tem comportamento diferente disso, as pessoas confiam menos em você. Acho que isso pode gerar uma desconfiança da competência de algumas pessoas que se comportam de forma diferente” (P8).

Para além dos recursos de manutenção da representação de suas práticas profissionais, esses discursos também remetem aos já citados mitos de interdição relacionados à permissão de acesso das pessoas à copa. No tocante aos pacientes e familiares, destacam-se duas

razões que, segundo os informantes, justificavam a interdição do acesso à copa. Como se tratava de um espaço no qual havia rituais de comensalidade, o cuidado em evitar a presença de pacientes na copa se devia ao fato de lá existirem alimentos “proibidos” para alguns deles: os diabéticos ou os que estão em jejum, por exemplo.

“A porta fica sempre fechada porque têm quartos na frente da copa, tem paciente que está em jejum e se ficarmos comendo com a porta aberta é chato para eles! E também porque lá dentro, não deixamos de ser uma equipe, mas ali somos pessoas normais e aqui fora somos profissionais” (P9).

Além disso, para os profissionais, a copa se caracterizava como um contexto de “fuga” das situações de trabalho que envolviam dor e sofrimento para pacientes e familiares. Portanto, a presença de pacientes e acompanhantes que vivenciavam tais situações poderia trazer aquilo que se queria, pelo menos no momento em que se estava na copa, manter distante.

Domínio cultural 4 - O compartilhar de experiências na copa

No interior do hospital, a sociabilidade na copa reproduzia muito daquilo que os profissionais não podiam vivenciar no mundo externo ao ambiente de trabalho e do lar, devido aos seus compromissos profissionais. O que mais chamou atenção no trabalho de campo era a capacidade dos sujeitos envolvidos construir e vivenciar uma situação que, em muito, se aproximava à experiência do espectador de um filme no cinema.

No cinema, o corpo do espectador encontra-se, geralmente, entregue à poltrona, ao silêncio, à escuridão. A estrutura espacial do ambiente o impele ao mergulho na tela de luz. Qualquer ruído ou visão fora da tela remete o

espectador à existência da realidade externa, o que o faz despertar para a presença do cotidiano, comprometendo o estado psicológico necessário à adesão ao mundo do filme. O espectador, na verdade, não “assiste” ao filme, ele o vivencia de uma maneira tão próxima do sonho e, numa total intensidade, que não raro ele próprio se surpreende gritando, xingando, torcendo ou transpirando de emoção. O espectador desprende-se da poltrona, entra na tela e desfruta a vida emprestada pela personagem e se converte em protagonista do jogo simulado de eventos (Fernandes, 2007).

De maneira similar, o contexto de liminaridade, *communitas* e antiestrutura da copa, liberava os indivíduos em busca de estados que os remetiam a dimensões de realidades que se distanciavam da tentativa de compreendê-las ou interpretá-las.

“A copa para mim é um refúgio. Ela é incrível! Você entra, fecha a porta, parece que você saiu da enfermaria. Então você descansa um pouco quando o plantão está complicado. Você relaxa um pouco! Come alguma coisa, conversa com os outros funcionários, às vezes não conversa, fica um tempo sem trabalhar, colocamos algumas coisas em dia. É um refúgio mesmo” (P10).

Essa “situação cinema” (Mauerhofer, 1949) pode ser considerada como a mais próxima da “situação copa”. Nesta última, o indivíduo conseguia “reproduzir” sensações, circunstâncias e tudo o mais que se passa (ou passou) em realidades opostas e, às vezes, conflitantes à que, realmente, estava inserido naquele momento. Eram nesses “desprendimentos de poltronas” que eles faziam e eram o que, temporariamente, estavam interditados de fazerem ou não era conveniente fazer – um fato que se aproximava de uma das características de instituição total: a segregação entre o mundo externo e o mundo da instituição (Goffman, 2005).

“Nós saímos de casa para trabalhar e ficamos o dia inteiro fora. Então aonde você vai conversar? Não somos de ferro! Você acaba falando com os amigos aqui, desabafando, chorando, contando problemas, até pessoais! Tem sempre alguém com quem nos identificamos e acabamos conversando. É bem isso, o que você não pode fazer fora daqui, acaba fazendo lá dentro” (P11).

Nesse sentido, a sociabilidade na copa promovia o compartilhamento de experiências ligadas a aspectos gerais de suas vidas, além dos enquadramentos operados pelo mundo do trabalho. Mais uma vez, o caráter liminar desse espaço possibilitava assumir posições que religavam os universos pessoais (fora do trabalho) e os universos profissionais. Dessa forma, a copa e as interações sociais lá engendradas favoreciam a própria resignificação da experiência de ser trabalhador em saúde, por meio, principalmente, do resgate de dimensões mais humanas e pessoalizadas das relações sociais.

Tema cultural - “A copa é o lugar que serve para tudo!”: espaço, liminaridade e sociabilidade

Os domínios culturais apresentados desvelaram a existência de uma ordem espacial e simbólica própria ao contexto estudado. Tal ordem nos remete ao papel fundamental dos espaços na arquitetura do hospital moderno, uma vez que no processo de disciplinarização do hospital, seus espaços foram medicalizados em sua função e em seus efeitos (Foucault, 1979).

Em toda unidade hospitalar há um ordenamento dos espaços de acordo com as funções e atividades neles desempenhadas. Trata-se, pois, de uma “localização funcional” e de um “quadriculamento” da estrutura física como um dispositivo de poder disciplinar e de sua anátomopolítica do detalhe. Ou seja, por meio do

controle dos espaços se cria, igualmente, estratégias de governo dos corpos (Foucault, 2010).

Essa ordem espacial e simbólica se compõe de fragmentações, oposições, funcionalidades e significações. Por isso, tal ordem demarca a separação entre o mundo interno à instituição e o mundo externo, tanto para os profissionais quanto para os pacientes; o que acentua as representações de papéis sociais diversos (papel de doente, papel de enfermeiro, papel de médico, etc.), as classificações, as hierarquias, as táticas disciplinares.

Mas, se por um lado, o estabelecimento de uma ordem espacial organiza e orienta as relações sociais na unidade de trauma e o andamento do processo de trabalho em saúde; por outro, ela introduz descontinuidades no espaço físico da unidade, na medida em que há locais mais significativos no processo de trabalho (como o posto de enfermagem e os quartos de pacientes) que outros (como o expurgo e a sala do café). Tais descontinuidades atuam na anatomia política que caracteriza a arquitetura do hospital, e, se são produzidas pela própria organização do trabalho em saúde, têm seus efeitos ampliados pelas relações dos grupos humanos que atuam nesse contexto (profissionais, pacientes, familiares, estudantes, docentes, etc.).

É no interior dessa ordem espacial e simbólica que o espaço físico da copa e as interações sociais que nele se engendram alteram a economia de significações posta em operação pela ordem que se pretende hegemônica e pelo poder e discurso institucionais. Como bastidor de um grande cenário (portanto, de pouca significância no processo de trabalho), a copa, com seus tabus, atributos liminares e mitos de interdição, possibilita aos que a frequenta inverter a ordem espacial e estabelecer a comunidade no contexto estrutural da unidade de

trauma, em particular, e, mais amplamente, no hospital.

Esse processo simbólico coloca em relações de oscilação e, no caso deste estudo, também, de oposição, diferentes níveis de realidade: um *nível sociológico* (as relações profissionais no hospital *versus* as relações pessoais fora do hospital), um *nível grupal* (as relações entre a equipe multiprofissional e os pacientes e familiares) e um *nível individual* (as relações entre o profissional de saúde e a equipe multiprofissional) (Andrés Ludueña, 2006). A estes três níveis de realidade acrescentamos um *nível microssociológico* que se refere às relações entre os códigos e interações sociais existente na copa e fora dela.

Portanto, era nesse contexto relacional experimentado na copa que os informantes se tornavam entidades liminares e, por meio do modo de interação social próprio do estado liminar, a *communitas*, decompunham as fragmentações, as oposições, as funcionalidades e as significações estabelecidas pela ordem espacial hegemônica. Nesse sentido, o espaço físico da copa era ressignificado pela ação e criatividade dos sujeitos e passava a desempenhar um espaço comunicacional, relativamente indiferenciado, rudimentarmente estruturado e com indivíduos iguais – típico da *communitas* – que influencia, em última instância, a sociabilidade entre os informantes dentro e fora da copa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado neste estudo etnográfico, o impacto das relações existentes entre espaço, liminaridade e sociabilidade nas interações sociais engendradas na copa da unidade de trauma é fortemente sentido no processo de trabalho em saúde.

Por meio das relações de sociabilidade vivenciadas na copa, os profissionais ressignifi-

ficam suas experiências de trabalhadores em saúde. Ao resistirem à tendência planificadora e homogeneizante que os hospitais tendem a imprimir em suas unidades, os profissionais, juntamente com os pacientes, familiares e estudantes, resgatam dimensões mais profundas e, conseqüentemente, humanas das relações sociais no trabalho. Tal resgate transforma o ambiente artificial, quadriculado, funcional, hierarquizado e estruturado da unidade em uma atmosfera que amplifica as subjetividades em interrelação, retoma aspectos perdidos pela racionalização e objetivação das práticas profissionais, e considera o indivíduo em uma perspectiva inovadora que integra suas variadas interfaces e conflitos.

A existência de espaços físicos, no interior do hospital, para a sociabilidade dos profissionais afirma-se como fundamental para a condução do processo de trabalho e para a qualidade de vida do trabalhador. Por isso, recomenda-se que na implementação de políticas públicas e estratégias de gestão do processo de trabalho, sobretudo no contexto estudado, leve-se em consideração a experiência e a simbologia de espaços que proporcionem um sentido de reflexividade e dialogicidade que dificilmente encontra oportunidade para se manifestar no hospital – a copa pode ser apenas um deles!

BIBLIOGRAFÍA

- Andrés Ludueña, G. (2006) Etnografía del espacio en monasterios de clausura en Argentina. In: Wilde, G.; Schamber, P (compiladores) Simbolismo, ritual y performance. SB, Buenos Aires:121-55.
- DaMatta, R. (1997) A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5 ed. Rocco, Rio de Janeiro.
- DaMatta, R. (2000) Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. MANA, 6 (1), 7-29.

- Douglas, M. (2010) Pureza e perigo. 2 ed. Perspectiva, São Paulo. (Debates; 120).
- Fernandes, A.L.S. Cinema e psicanálise [página na internet]. [acesso em 2007 Out 16]. Disponível em: <http://cbp.org.br/rev2807.htm>.
- Foucault, M. (1979) Microfísica do poder. Graal, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (2010) Vigiar e punir: história da violência nas prisões. 38ª ed. Vozes, Petrópolis.
- Goffman, E. (1989) A representação do eu na vida cotidiana. Vozes, Petrópolis.
- Goffman, E. (2005) Manicômios, prisões e conventos. Perspectiva, São Paulo. (Debates; 91).
- Luz, M.T. (1986) As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3 ed. Graal, Rio de Janeiro.
- Mauerhofer, H. (1949) Psychology of film experience. Penguin Film Review, 8.
- Sahlins, M. (2003) Cultura e razão prática. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- Spradley, J.P. (1980) The participant observation. Holt, Rinehart, and Winston, Orlando (US).
- Spradley, J.P.; McCurdy, D.W. (1979) The ethnographic interview. Holt, Rinehart, and Winston, New York (US).
- Tedlock, B. (2000) Ethnography and ethnographic representation. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (editors). Handbook of qualitative research. 2nd ed. Sage, Thousand Oaks: 455-86.
- Turner, V.W. (2005) Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu. Editora da Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Turner, V.W. (2013) O processo ritual: estrutura e antiestrutura. 2 ed. Vozes, Petrópolis.
- Van Gennep, A. (2008) Los ritos de paso. Alianza Editorial, Madrid.



Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva

Comunicación entre el personal y familiares de pacientes de enfermería en la unidad de cuidados intensivos

Communication between the nursing staff and relatives of patients in the intensive care unit

Laura Cristhiane Mendonça Rezende¹, Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa²,
Kaisy Pereira Martins³, Tatiana Ferreira da Costa³

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

²Doutora em Enfermagem. Professora Efetiva do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

³Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

Cómo citar este artículo en edición digital: Mendonça Rezende, L.C.; De Freitas Macedo Costa, K.N.; Pereira Martins, K.; Ferreira da Costa, T. (2014) Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.10>

Correspondencia: Universidade Federal da Paraíba. UFPB. João Pessoa, Brazil. Telefone: 8854-7002. Correo electrónico: laura-cristhiane@hotmail.com

Recibido: 12/01/2014; Aceptado: 16/03/2014



ABSTRACT

The intensive care unit (ICU) is an environment in which the technique is more aspects of care. In this perspective, it is important to use communication in nursing, awakening a bond of trust between family and professional. Given this reality aimed to analyze the communication between the nursing staff and the relatives of ICU patients. The descriptive

is qualitative approach in the ICU of a teaching hospital. Participants were thirty families of ICU patients. Data were collected through semi-structured interviews in September 2011 and analyzed using content analysis. It was found that family members do not receive nursing guidelines on the environment and health of the patient, and also does not provide time to interact during visits. Thereby the emerging need to encourage the training of these professionals to the conscious use of communication.

Keywords: Health communication; Nursing care; Intensive care unit; Family relationships.

RESUMEN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un entorno en el que la técnica ocupa más aspectos de la atención enfermera. En este contexto, es importante la utilización de la comunicación en enfermería, despertando un

vínculo de confianza entre la familia y el profesional. Ante esta realidad se plantea el objetivo de analizar la comunicación entre el personal de enfermería y familiares de los pacientes ingresados en la UCI. La investigación es de tipo cualitativa descriptiva en la UCI de un hospital de enseñanza clínica. Los participantes fueron treinta familias de los pacientes de la UCI. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas en septiembre de 2011 y se analizaron mediante análisis de contenido. Se encontró que los miembros de la familia no reciben directrices de enfermería sobre el medio ambiente y la salud del paciente, y no proporciona tiempo para interactuar durante las visitas. De forma que existe la necesidad emergente de fomentar la formación de estos profesionales para el uso consciente de la comunicación.

Palabras clave: Comunicación de la Salud; Cuidados de enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos; Las relaciones familiares.

RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente em que a técnica se sobrepõe aos aspectos do cuidado. Nessa perspectiva, é fundamental o uso da comunicação pela enfermagem, despertando um elo de confiança entre os familiares e o profissional. Diante dessa realidade objetivou-se analisar a comunicação entre a equipe de enfermagem e os familiares de pacientes em UTI. A pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa realizada na UTI de um Hospital Escola. Participaram do estudo trinta familiares de pacientes em UTI. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada em setembro de 2011 e analisados pela técnica de análise de conteúdo. Verificou-se que os familiares não recebem orientações da enfermagem sobre o ambiente

e estado de saúde do paciente, e também não disponibiliza tempo para interagir durante as visitas. Desse modo, emerge a necessidade de incentivar a capacitação desses profissionais para o uso consciente da comunicação.

Palavras chave: Comunicação em saúde; Cuidados de enfermagem; Unidade de terapia intensiva; Relações familiares.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada uma das unidades de internação mais complexa e mecanizada da estrutura hospitalar, o que pode ser explicado, principalmente, pela gravidade dos pacientes que nela estão internados e pela quantidade de equipamentos utilizados em benefício dos mesmos, para que assim possa aumentar as chances de recompor a estabilidade do paciente crítico e de propiciar sua recuperação e sobrevivência (Martins; Nascimento, 2005; Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009).

Com o avanço da tecnologia, a UTI tornou-se um ambiente em que a técnica se sobrepõe aos aspectos interacionais do cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão constantemente lidando com máquinas e procedimentos de alta complexidade e tendem a não ter como foco o binômio paciente e família. No entanto, a internação neste ambiente, parece ser um acontecimento difícil e significativo na dinâmica familiar, já que a família, extensão do paciente, núcleo de interação do mesmo, é afastada do seu convívio por imposição das rigorosas rotinas do serviço (Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009; Nascimento; Trentini, 2004).

Desse modo, os sentimentos de preocupação e aflição dos familiares, muitas vezes são maiores que os do próprio paciente. Constatamos

-se que vários aspectos são responsáveis por causar estes desequilíbrios aos parentes, como por exemplo, desconhecer o real estado do paciente; as experiências anteriores de hospitalização de um familiar ou pessoa próxima; a gravidade da condição do paciente; e o contato reduzido com o parente e a equipe da unidade (Oliveira et al., 2005).

Nessa perspectiva, a comunicação é um aspecto fundamental do cuidado de enfermagem que traz ao paciente e seus parentes, que estão vivenciando a hospitalização, a possibilidade de interagir com os profissionais que cuidam do indivíduo, visando ter consciência da situação do mesmo e evitando ampliar sentimentos negativos por parte da família. A comunicação objetiva reconhecer as necessidades do familiar, além de despertar um elo de confiança entre os sujeitos (Oriá; Moraes; Victor, 2004).

Diante desse contexto, este estudo teve como questão norteadora: de que maneira está sendo realizada a comunicação entre profissionais de enfermagem e familiares de pacientes em UTI?

Partindo desse questionamento, destaca-se a relevância da interação e comunicação entre a equipe de enfermagem e os familiares de pacientes internados em UTI, uma vez que estes aspectos poderão minimizar os medos, angústias e expectativas da família diante do estresse e sofrimento causado pela separação e falta de informações sobre o ente querido. Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a comunicação entre a equipe de enfermagem e os familiares de pacientes em UTI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital escola, localizado no município de João Pessoa-PB, na Unidade

de Terapia Intensiva da instituição. A escolha dessa unidade é justificada pelas condições críticas de saúde dos pacientes, e consequentemente fragilidade emocional de seus familiares. Fizeram parte do estudo trinta familiares, selecionados a partir dos seguintes critérios: já tivesse realizado pelo menos uma visita ao paciente na UTI, maiores de 18 anos e aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador permanecia durante o horário da visita, na sala de espera para identificar quem eram os familiares que fizeram as visitas. Em seguida, o familiar era convidado para participar de uma entrevista individual. Os dados foram coletados em setembro de 2011. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, com o auxílio de um dispositivo eletrônico para a gravação das falas dos entrevistados, contendo questões relacionadas à comunicação realizada entre a equipe de enfermagem e os familiares de pacientes em UTI.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, buscando alcançar a interpretação mais profunda do fenômeno, para isso procurou-se descobrir a relação existente entre o exterior e o próprio discurso, envolvendo também operações de desmembramento e de classificação de suas unidades de registro. Desta forma, desenvolveu as seguintes etapas: primeiramente, foram realizadas leituras para a organização do material a ser analisado, retomando os objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado, em seguida foi realizada uma releitura ininterrupta dos dados coletados procurando identificar as categorias, as quais foram construídas e rotuladas, a partir das falas dos familiares (Bardin, 2009).

Os participantes foram codificados com letras do alfabeto e números arábicos, de forma a

garantir seu anonimato e atender às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos (Brasil, 1996). O projeto do qual deriva este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Escola no qual o estudo foi desenvolvido e está registrado sob o protocolo nº 366/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os trinta participantes do presente estudo eram predominantemente do sexo feminino (82%). A faixa etária que prevaleceu foi entre 20 a 30 anos de idade (40%). Quanto ao nível de escolaridade, 46% possuem o ensino fundamental completo. No que se refere ao grau de parentesco, o mais prevalente foi de familiares de primeiro grau, ou seja, mãe, pai, irmãos e filhos com 82%. Outro aspecto analisado correspondeu ao tempo de hospitalização do paciente na UTI, a prevalência foi de um 1 a 20 dias (54%).

A partir dos dados empíricos obtidos foi possível identificar quatro categorias emergentes: Orientações da equipe de enfermagem aos familiares de pacientes hospitalizados na UTI; Interação da equipe de enfermagem com familiares durante a visita; Uso de linguagem acessível à compreensão do familiar; e Sugestão dos familiares para melhoria da comunicação com a equipe de enfermagem.

Orientações da equipe de enfermagem aos familiares de pacientes hospitalizados na UTI

Esta categoria constata as orientações iniciais fornecidas pela equipe de enfermagem aos familiares que são necessárias para a realização da visita aos seus parentes hospitalizados na UTI. Seguem alguns depoimentos:

“Só algumas orientações gerais, coisas básicas... O horário, como tocar nele (paciente internado), mas que no ambiente, e nas máquinas não podia mexer. (F10).”

“Como entrar, lavar as mãos, essas coisas tive, mas quanto ao meu parente e os equipamentos não. (F29).”

A partir dos relatos identificou-se nas falas dos familiares uma deficiência nas orientações adequadas durante a visita ao paciente internado na UTI. A maioria foi de cuidados básicos, como lavagem das mãos e horário de visita, não havendo uma apresentação prévia da unidade e esclarecimento quanto aos equipamentos, ficando desinformados sobre o que vão encontrar junto ao seu parente.

Neste sentido, compreende-se que a equipe de enfermagem muitas vezes não informa previamente sobre o funcionamento da unidade e o estado do paciente aos familiares, os quais, normalmente, não estão preparados para ver o parente sedado e com tantos equipamentos. Por conseguinte, os familiares, muitas vezes, ficam chocados com o cenário e saem desesperados e chorosos, por não receberem uma explicação ou um consolo por parte da equipe (Rodrigues; Ferreira; Menezes, 2010).

Desse modo, estas pessoas devem ser preparadas para as visitas pela equipe de enfermagem, os quais lidam diretamente com o paciente, para que ao entrarem na UTI vivenciem este momento com menos estresse, possibilitando um contato mais próximo e afetivo com o parente hospitalizado.

Percebe-se ainda em outros depoimentos dos parentes que eles não tiveram informações a respeito das condições de saúde do seu familiar, não sendo estabelecida uma comunicação efetiva, capaz de amenizar os sentimentos negativos vivenciados pelos mesmos, podendo ser observado nas seguintes falas:



“Não, apenas afirmam que está grave, é como se escondessem algo [...] ficam algumas dúvidas no ar. (F1).”

“Gostaria de saber mais. Quando pergunto como tá, respondem apenas: - tá bem. (F2).”

“Às vezes eu tenho dúvida que elas escondem alguma coisa de mim. (F23).”

Os familiares relatam que não receberam nenhum tipo de orientação com relação à doença do seu ente hospitalizado na UTI. Observa-se também por meio das falas que eles não sentem segurança nas informações disponibilizadas pela equipe de enfermagem, alegando que permanecem com dúvidas em relação a estas informações considerando-as incompletas e insuficientes para a compreensão do real estado de saúde de seu familiar. É dever da enfermagem disponibilizar informações e esclarecimentos ao cliente e à família a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.” (Brasil, 2007).

Nesta perspectiva, receber informações a respeito do estado do paciente na UTI, para os visitantes, consiste no conteúdo mais importante da comunicação entre eles e os profissionais. Dessa forma, uma medida prática seria a adoção, pela equipe de enfermagem, de uma postura acolhedora, associada ao questionamento sistemático dos familiares, sobre quais dúvidas

e o quanto gostaria de ser informado (Victor et al., 2003). Nesse contexto, é preciso que o enfermeiro seja capaz de qualificar e quantificar o menos possível as informações prestadas, para que possam ser assimiladas gradativamente, sem omissão, nem excesso de informações, respeitando o direito dos familiares e também amenizando sua dor e sofrimento.

Tempo destinado pela equipe de enfermagem à interação com os familiares

Disponibilizar tempo para interagir com o familiar corresponde a um importante elemento da comunicação, pois permite que a família sinta-se mais segura ao saber que existem profissionais que podem e estão dispostos a ajudá-los. Logo, esta categoria averiguou se a equipe de enfermagem dedica-se a comunicação e interação com os familiares. Seguem os relatos:

“Não dedicam tempo [...] é como se a função deles fosse só cuidar do paciente. (F1).”

“Não, só chegaram e disseram que ele tá bem, que era pra esperar o horário de visita, porque tem outras pessoas também que estão precisando de mais cuidados. (F7).”

“Não, elas fazem o trabalho delas... Eu que chego até elas, converso, pergunto [...] elas dizem que não tem esse tempo. (F22).”

As falas revelam que a equipe de enfermagem não destina tempo algum durante o horário da visita para interagir com os familiares. É possível perceber que os parentes sentem-se excluídos, uma vez que os profissionais de enfermagem direcionam-se apenas aos cuidados com o paciente, como destacado na fala de F1. O relato F22 mostra que a iniciativa de interagir e de se comunicar parte muitas vezes dos parentes.

O tempo despendido pelos profissionais ao excesso de procedimentos e tarefas que um pa-

ciente grave demanda, acaba muitas vezes por limitar o tempo dispensado à sua família. Desse modo, a habilidade da equipe de enfermagem em interagir com os familiares deve ser aprendida com as experiências pessoais e profissionais, e quando estabelecidas com sucesso, aperfeiçoam o tempo de trabalho e influenciam positivamente nos cuidados não apenas com o paciente, mas também com seus familiares (Söderström; Benzein; Saveman, 2003).

Estudo realizado em um hospital particular localizado no município de São Paulo foi evidenciado que, na percepção dos profissionais de enfermagem os aspectos que mais dificultam a comunicação com o familiar são: a falta de tempo, falta de pessoal, intercorrências e telefonemas. Alguns ainda relataram evitar os parentes para não perder tempo (Santos; Silva, 2006). Entretanto, essa atitude muitas vezes é percebida pelos familiares, gerando conflitos que acaba afastando-os dos seus entes queridos, por desconhecerem seus direitos a informações e acharem que sua presença e indagações podem está incomodando. Esta situação fica evidente nas manifestações discursivas abaixo:

“Parece que não querem falar com a gente, se distanciam, se afastam, acho que para as enfermeiras é mais trabalhoso ter que vir até nós. (F17).”

“A gente chega aí elas são tão duras, só fica pra lá e pra cá, não dão nem um bom dia a pessoa [...] às vezes fico até com medo de falar e ela nem responder. (F23).”

São muitos os aspectos que interferem negativamente na interação entre profissionais e familiares, como situações com alta demanda emocional e piora das condições clínicas do paciente, no qual a equipe de enfermagem muitas vezes se sente ineficaz e com dificuldade para oferecer assistência à família. Como

consequência, os profissionais se distanciam, evitando um envolvimento pessoal com a família (Söderström; Benzein; Saveman, 2003).

Neste aspecto, deve-se considerar que a família contribui consideravelmente para a recuperação do paciente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e informada do que está acontecendo com o seu familiar, para que se sinta acolhida, respeitada e cuidada. Por isso, é importante que a equipe de enfermagem permita sua presença, assegurando-lhe de que está a disposição para ajudar.

Uso de linguagem acessível à compreensão do familiar

Para que o objetivo da comunicação seja alcançado, é necessário que o receptor da mensagem compreenda de maneira correta as informações, o que exige clareza, objetividade e o uso de uma linguagem simples por parte do emissor. Desta forma, os profissionais de enfermagem ao interagir com os familiares de pacientes em UTI devem evitar o uso de termos técnicos, possibilitando o entendimento das informações disponibilizadas.

“Já falei e perguntei o que significava. (F1).”

“É, eles falam alguns termos técnicos que usam aqui, mas aí eu pergunto [...] (F20).”

“Quando não entendo sou bem sincera, digo que fale o português rasteiro, não em termos científicos. (F26).”

“Já sim, perguntei, mas não obtive resposta. (F9).”

Nas falas foi possível constatar que os profissionais de enfermagem ao se comunicarem com os familiares utilizam termos técnicos, como mencionou F1 e F20. Percebeu-se ainda no relato de F9 que os profissionais não tiveram a preocupação de explicar o significado,

dificultando uma aproximação entre a equipe e os familiares.

É preciso haver atenção para não desperdiçar as oportunidades durante os encontros com os familiares e nas discussões sobre os cuidados com pacientes terminais. Nesta perspectiva, a comunicação deve ser feita de modo claro e com termos que sejam compreensíveis pelos familiares, pois a utilização de expressões técnicas pode impedir que o significado e a intenção de algumas assertivas não sejam assimilados adequadamente, o que pode gerar conflitos e sensações de “abandono” no cuidado do paciente (Stapleton et al., 2006).

Com base nesse entendimento, a equipe de enfermagem deve utilizar a fala como uma importante ferramenta para ser compreendido e, assim, atingir o objetivo da interação com os familiares. Desse modo, devem proporcionar-lhe informações que ajudem a aliviar suas preocupações, utilizando uma linguagem acessível, simples e objetiva, buscando passar as orientações de modo que possa equiparar ao nível social e grau de escolaridade (Martins et al., 2012).

Sugestão dos familiares para melhoria da comunicação

Nesta categoria procurou-se investigar de que maneira o familiar gostaria de ser recebido pelos profissionais de enfermagem e como deveria ocorrer a comunicação entre eles. Seguem as principais falas:

“Acho que deveriam dar mais informações e considerar que o acompanhante está bastante abalado, mesmo que não demonstre, deve perguntar como está [...] comunicar sempre o estado do paciente sem ter que a gente perguntar. (F1).”

“Assim, mais apoio né? Dar força, saber conversar, dar informações. (F15).”

“Não só a equipe de enfermagem, mas todos devem ser mais humanizados. Os profissionais se acostumam com as situações e tornam-se desumanos. (F16).”

“Eu acho que eles têm por obrigação dizer o estado do paciente e dá uma palavra de encorajamento para o familiar. (F21).”

Diante dos depoimentos dos familiares pode-se perceber que os principais aspectos destacados referem-se à necessidade de se sentirem bem tratados e acolhidos. Além disso, reforçam a importância que atribuem a uma assistência de qualidade por parte da equipe de enfermagem, recebendo informações sobre a situação de saúde do parente hospitalizado. Para tanto, a tecnologia é importante para melhorar a saúde do paciente, porém, ela deve estar interligada num processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos que se fundamentam no conhecimento científico e técnico, em que a atenção, transmitido pela comunicação, é essencial para um cuidado humanizado (Salomé, 2011).

Estudo semelhante realizado no Estado do Rio de Janeiro mostrou que são poucas as ações de enfermagem direcionadas aos membros da família na UTI, e quando realizadas, muitas vezes são por ordens prescritivas de limitar, fixar e determinar. Compreendendo, desse modo, que há certo distanciamento no que se refere ao processo de comunicação (Gottardo; Silva, 2005).

Para tanto, o enfermeiro é considerado como um agente de mudança social, sendo uma forma de melhorar o isolamento destes pacientes, abrindo espaço para facilitar todas as formas possíveis de comunicação do paciente com o exterior. Desse modo, as visitas familiares é uma ferramenta de humanizar este contexto clínico, como também um fator relevante neste processo de envolvimento par-

participativo do ambiente do paciente, as opiniões e as crenças dos profissionais (Siles-González; Solano-Ruiz, 2014).

Dessa forma, no que diz respeito à relação entre equipe de enfermagem e familiares, destaca-se a importância de um processo onde se predomine a relação terapêutica, pois não basta apenas reconhecer as dificuldades dos familiares, mas assegurar-lhes o direito de não serem desconsiderados, comunicando-os que podem usufruir de disponibilidade e apoio (Silveira et al., 2005). Para isso, os enfermeiros necessitam criar estratégias de comunicação para atender às necessidades dos familiares que vivenciam a súbita e inesperada internação de um ente querido em UTI (Söderström; Benzein; Saveman, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos possibilita a compreensão de que a hospitalização de um paciente em UTI faz com que sua família vivencie sentimentos de angústia, solidão e medo do que possa acontecer e mostra o quanto um familiar necessita dos cuidados da equipe de enfermagem para enfrentar esse momento difícil. Destacou-se que as orientações disponibilizadas pela equipe de enfermagem aos familiares se restringiram apenas a lavagem das mãos e ao horário de visita, não sendo oferecido apoio às necessidades emocionais da família, transformando a experiência da internação de um parente em UTI em um processo ainda mais negativo e frustrante.

Nesse contexto, a comunicação se revela essencial na assistência de enfermagem, uma vez que, quando desenvolvida de forma adequada, minimiza esses sentimentos. Como observado nos depoimentos, os familiares têm como principais necessidades: receber informações sobre o estado de saúde de seu parente e ser

bem acolhido de forma digna e humanizada.

Portanto, para que a interação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes internados em UTI ocorra de maneira eficaz, emerge a necessidade de incentivar a capacitação desses profissionais para o uso consciente da comunicação, um instrumento indispensável no cuidar, possibilitando auxiliar os pacientes e familiares a compreenderem seus problemas e, a partir desse entendimento, empregar as intervenções adequadas.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009) Análise de conteúdo. Edição 70, Lisboa (Po)
- Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) (2007) COFEN. Resolução N° 311 de 8 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem.
- Costa, S.C; Figueiredo, M.R.B; Schaurich, D. (2009) Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface- Comunic. Saude, Educ. 13(1):571-80.
- Gotardo, G.I.B; Silva, C.A. (2005) O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. R. Enferm. UERJ. 13: 223-8.
- Martins, J.J; Nascimento, E.R.P. (2005) A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. ACM Arq. Catarin. Med. Santa Catarina. 34(4):23-7.
- Martins, K.P; Macedo-Costa, K.N.F; Costa, T.F; Rezende, L.C.M; Oliveira, D.S.T; Brito, S.S. (2012) Aspectos relacionados à comunicação terapêutica entre enfermeiro e paciente cirúrgico no momento da admissão. Rev enferm UFPE on line. 6(11):2793-9.
- Ministério da Saúde (Brasil) (1996) Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília .
- Nascimento, E.R.P; Trentini, M.O. (2004) Cuidado de enfermagem na unidade de terapia. intensiva (UTI): te-

- oria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(2):250-7.
- Oliveira, P.S; Nobrega, M.M.L; Silva, A.T; Filha, M.O.F. (2005) Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 7(1): 54-63. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/861/1034>
 - Oriá, M.O.B; Moraes, L.M.P; Victor, J.F. (2004) A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 6(2): 292-7. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf
 - Rodrigues, M.V.C; Ferreira, E.D; Menezes, T.M.O. (2010) Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, jan/mar,18(1):86-91.
 - Salomé, G.M. (2011) Comunicação entre pacientes e acadêmicos de enfermagem em unidade de terapia intensiva: abordagem fenomenológica. *Nursing. jan.*, 13(152):32-38.
 - Santos, K.M.A.B; Silva, M.J.P. (2006) Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Rev Bras Enferm* 59(1):61-6.
 - Siles-González, J; Solano-Ruiz, C. (2014) Qualitative Research and Narrative Sources in the Context of Critical and Renal Cares. *Open Journal of Nursing*. 4, 385-401. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.46045>
 - Silveira, R.S; Lunardi, V.L; Lunardi Filho, W.D; Oliveira, A.M.N. (2005) Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 14(Esp.): 125-30.
 - Söderström, I.M; Benzein, E; Saveman, B.I. (2003) Nurses, experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scand J Caring Sci*. 17(2): 185-92
 - Stapleton, R.D; Engelberg, R.A; Wenrich, M.D; Goss, C.H; Curtis, J.R. (2006) Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 34:1679-1685.
 - Victor, A.C.S; Matsuda, L.M; Saalfeld, S.M.S; Évora, Y.D.M. (2003) Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 25(2):199-206.





Acompañar a los enfermos en la antesala del final de su ciclo vital

Accompany the sick in the prelude to the end of its life cycle

Acompanhar o doente no prelúdio para o fim do seu ciclo de vida

María T. Miret García¹ y Álvaro Bernalte Benazet²

¹Lda. Geografía e Historia, (Antropología cultural), Doctora en Biología.

²Licenciado en Antropología social y cultural, Doctor en Medicina y Doctor en Antropología.

Cómo citar este artículo en edición digital: Miret García, M^a T. y Bernalte Benazet, A. (2014) Acompañar a los enfermos en la antesala del final de su ciclo vital. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.11>

Correspondencia: C/ Amigo 37, 4º 1ª. Barcelona 08021 Telf. 629145053

Correo electrónico: teresa_miret@hotmail.com

Recibido: 07/12/2013; Aceptado: 16/02/2014



ABSTRACT

Objective. Perform an ethnography, palliative unit, to study the interactions of the actors, in particular that of doctors with patients, who are living this particular situation of transit to death; and the opinion of those on palliative care.

Methodology. The paradigm that we ascribe is the qualitative, ontologically constructivist and epistemologically, from the point of view of the sociologies of life, still our method of Ethnography.

Results. From the speech, mostly from interviews with doctors have been collected verbatim.

Conclusions. Among other things, on the stage, a microspace within the Hospitalito, called care media unit, represents going back at other times the dichotomy thesis / antithesis, the thesis that it was a unit that it had formally inaugurated as a palliative unit, we assume that with a propaganda purpose, but the antithesis was the reality, and this was without a doubt that he was still a unit of care means.

Key words. Death. Health institutions. Palliative care.

RESUMO

Objetivo. Realizar uma etnografia, em uma unidade de cuidados paliativos, para estudar as interações dos atores, em particular, dos médicos com os doentes, que vivem esta situação particular de trânsito até a morte; e a opinião das pessoas sobre cuidados paliativos.

Metodologia. O paradigma a que pertencemos é o qualitativo, ontologicamente construtivista e epistemologicamente, do ponto de vista das sociologias da vida, ainda o nosso método é uma etnografia.

Resultados. Do discurso, principalmente a partir de entrevistas com médicos. Foram compilados textualmente.

Conclusões. Entre outros, no palco, um microespaço dentro do “Hospitalito”, chamado unidade de cuidados intermédios, representava, desde uma perspectiva diacrónica, a dicotomia tese / antítese; a tese de que era uma unidade que se inaugurou formalmente como unidade paliativa, assumimos que com uma finalidade propagandística, mas a antítese era a realidade, que sem dúvida ele ainda era uma unidade de cuidados intermédios.

Palavras chave. Morte. Instituições de saúde. Cuidados paliativos. Unidade de cuidados intermédios.

RESUMEN

Objetivo. Realizar una etnografía, en una Unidad de Paliativos, para estudiar las interacciones de los actores, en particular la de los médicos con los enfermos, que están viviendo esa determinada situación de tránsito hacia la muerte; y la opinión de aquellos sobre los cuidados paliativos

Metodología. El paradigma al que nos adscribimos es el cualitativo, ontológicamente constructivista y epistemológicamente, desde el punto de vista de las sociologías de la vida, siendo nuestro método la etnografía.

Resultados. Procedentes del discurso, sobre todo de las entrevistas con los médicos han sido recogidos textualmente.

Conclusiones. Entre otras, sobre el escenario, un microespacio dentro del Hospitalito, llamado Unidad de Cuidados Medios, representaba diacrónicamente la dicotomía tesis / antítesis: la tesis de que era una unidad que formalmente se había inaugurado como una Unidad de Paliativos, suponemos que con un propósito propagandístico; pero la antítesis, era la realidad y esta era sin duda que seguía siendo una Unidad de Cuidados Medios.

Palabras clave. Muerte. Instituciones sanitarias. Cuidados paliativos. Unidad de cuidados medios.

INTRODUCCIÓN

Nuestro objetivo es realizar un estudio etnográfico de las interacciones entre los médicos y los enfermos paliativos ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos, y las diferentes formas de tratar a familiares o acompañantes de los mismos, utilizando para todo ello las entrevistas y la observación participante.

Los Cuidados Paliativos según la Organización Mundial de la Salud (1990) que adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: es un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

En esta misma línea la Oficina Europea de la OMS (2004) indicaba “Los cuidados paliativos empiezan por comprender que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura, y merece el respeto como un individuo único. Este respeto incluye el dar el mejor cuidado médico posible y hacer que los avances de las recientes décadas estén completamente disponibles para que todos tengan las

mejores oportunidades para pasar su vida lo mejor posible”.

Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias. El objetivo general de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida en el paciente y en su familia. Muchos de los aspectos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadios más precoces de la enfermedad, en combinación con los tratamientos activos con finalidad paliativa.

Los Cuidados Paliativos son aquellos encaminados a controlar los síntomas físicos molestos, dentro de estos cuidados están las facilidades para la rehabilitación conducentes a que el enfermo crónico y terminal pueda vivir lo más plenamente, con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Estos son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales, proporcionando apoyo tanto al enfermo como a los familiares.

Dentro de los Cuidados Paliativos juega un papel importante el lugar donde el enfermo desea que se lleve a cabo la fase final de la enfermedad y la muerte, y siempre se deberá respetar hasta donde sea posible el lugar elegido por él.

Desde el punto de vista de los profesionales médicos y enfermeros, los trabajos en los últimos años han ido aumentando en número (Sladek et al, 2008; Tieman et al, 2008; Tieman et al, 2009) paralelamente a las ideas de que el trabajo con estos enfermos es “especial”, que necesita del equipo interprofesional y de una preparación específica como demuestran muchísimos de los trabajos publicados (Uceda y

Rodríguez, 2003; Henderson et al, 2006; Friðriksdóttir et al, 2006.).

Así mismo han sido estudiados los costes, así como estos relacionados con los objetivos, lo que denominaríamos coste – efectividad, pero como afirman García et al (2006) existe una falta de estudios de calidad lo cual limita su conocimiento directo sobre las distintas modalidades organizativas de abordaje de estos cuidados (Gómez-Batiste et al, 2010; Gómez de la Serna, 1961; González y Alameda, 2010).

Siempre que hablamos de enfermedad, debemos superar la constricción del término en castellano, así podemos hablar por ejemplo en inglés de tres términos que se han ido desarrollando conceptualmente dentro de la antropología médica, a saber: *disease*, *illness* y *sicknes*. Para nosotros el término *disease* refiere a la conceptualización que se realiza desde el punto científico de la enfermedad, estamos hablando por tanto de patología; sin embargo al mencionar el término *illness*, referimos a la percepción que el sujeto tiene de su enfermedad y por último cuando hablamos de *sicknes*, nos referimos a la existencia de un concepto social de la misma (Fabrega, 1974; Ariès, 1982; Echagüen, 1997; Guiart, 1980; Escudero-Carretero, 2010).

MATERIAL Y MÉTODOS

Marco teórico

Nosotros vamos a adoptar el paradigma cualitativo; ontológicamente, es decir con respecto a cuál es la naturaleza de la realidad social, nos vamos a situar en la esencia de la perspectiva constructivista, que mantiene una posición relativista ante la realidad social; realidad que se construye, de tal forma que hay un movimiento continuo, es decir, no hay una realidad única y tangible; epistemológicamen-

te, o lo que es igual, sobre la naturaleza de la relación entre el investigador y el objeto investigado, nos apoyamos en las sociologías de la vida, es evidente que partiremos de un subjetivismo interactivo, porque investigador e investigado interactúan en la investigación, y fruto de esta interacción se produce el conocimiento; no queremos seguir sin aclarar que la consideración de las sociologías y autores que forman parte de esta corriente llamada unas veces “sociología de la vida cotidiana” y otras “microsociología” depende de los autores que consultemos, así un experto como Mauro Wolf nos dice que estas son:

“Las tres orientaciones que presento (la sociología de Goffman, la etnometodología, y el análisis de las conversaciones) y que por comodidad identifico con la etiqueta de <<microsociología>> o de <<sociología de la vida cotidiana>>, son homogéneas entre sí en cuanto a la elección del objeto específico de análisis: el hacer social en la red de las relaciones de intersubjetividad” (Wolf, 1988).

Y por último, metodológicamente, es decir para conocer la realidad social que investigamos, lo hicimos mediante una etnografía, que nos llevó a realizar una inmersión en una Unidad de Paliativos durante 16 meses.

Dentro de lo que podíamos decir el lenguaje cotidiano o el discurso cotidiano, también se pueden establecer dominios del uso del lenguaje, por ejemplo, el discurso del médico, el discurso del paciente, el discurso del familiar, el del enfermero,...etc.; pero:

“Sin embargo debemos tener conciencia clara de la diferencia teórica entre el uso abstracto del término ‘discurso’ cuando nos referimos a un tipo de fenómeno social en general y el uso específico que hacemos de él cuando nos ocupamos de un ejemplo concreto o un ejemplar determinado de texto o de conversación” (Van Dijk, 2000).



Cuando hay una interacción como la que se produce entre médico – paciente y/o cuidador o familiar, están sucediendo varias cosas: no estamos únicamente hablando en castellano, emitiendo una serie de sonidos, palabras, frases, ... estamos en una Unidad hospitalaria, delante de un enfermo encamado, en un día determinado, dentro de una concepción temporal del proceso que le mantiene inmovilizado, con una oferta de ayuda para su situación, pero también como trabajador miembro de un colegio profesional, además de ser en esos momentos representante de una profesión (por ejemplo médico) y de una empresa pública (en este caso) de Servicios de Salud al que pertenece o para el que trabaja, etcétera; por lo tanto si cortamos de forma vertical –con nuestro análisis- veremos que se están realizando varias acciones a la vez, que deben ser observadas y analizadas.

Unidad de observación y unidades de análisis

La etnografía (Bericat, 1998; Bernalte, y Miret, 2007; Bernalte, 2013) que pretendemos realizar, nos obliga a acotar la siguiente Unidad de observación:

Las interacciones que se desarrollan entre funcionarios [médicos], enfermos, familiares y/o acompañantes; estas interacciones son ge-

neralmente comunicativas a nivel verbal, aunque en otros casos es prácticamente inexistente debido al deterioro del paciente.

Unidades de análisis.

- Los grupos que se constituyen dentro de la institución, y la existencia palpable de una distancia social
- La información / comunicación entre médicos y enfermos.
- Los dos mundos diferentes social y culturalmente que se construyen, y que poseen puntos de encuentro y poco más, es curioso que la institución acabe, generalmente, identificándose con los funcionarios, y los objetivos de la institución llegan a ser confundidos con los de los funcionarios
- La opinión de los médicos sobre la terminalidad y los cuidados a este tipo de enfermos (Carrillo, 2011; Pérez y Cibanal, 2011).

MÉTODO

La etnografía (Hammersley y Atkinson, 1994; Pujadas, 2010) ha sido considerada como un momento del trabajo antropológico, que consiste en la recogida de información y materiales, para realizar un análisis desde una perspectiva teórica; donde habría un segundo paso, denominado etnología, que vendría a ser una etnografía comparada, de tal forma que se comparan los hallazgos con otras culturas, pueblos, civilizaciones e instituciones; y por último un tercer momento que es la antropología, donde gracias a los anteriores se puede teorizar; aunque lo cierto es que en la etnografía se producen las tres acciones.

La etnografía es un método propio de los antropólogos, que consiste en una inmersión en el locus de su objeto de estudio, donde mediante la convivencia con los sujetos, la

observación participante, el estudio de documentación, las entrevistas, etc., el investigador desarrolla su labor; introduciéndose en el propio objeto de estudio, tal como dicen Hammersley y Atkinson (1994):

“.. el etnógrafo, o la etnógrafa, participa, abiertamente o de manera encubierta, de la vida cotidiana de personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella han elegido estudiar...”.

Tal como expresan Hammersley y Atkinson (1994), lo que era un campo acotado, un método constitutivo del trabajo antropológico ha pasado a ser un método o una técnica de interés para los investigadores sociales en general:

“.. en los últimos años, entre los investigadores de varios campos ha crecido el interés, tanto teórico como práctico, por la etnografía. En gran medida, ello se debe a la desilusión provocada por los métodos cuantitativos, métodos que han detentado durante mucho tiempo una posición dominante en la mayor parte de las ciencias sociales”.

El acceso al campo

El acceso al campo, conseguido en nuestro caso, siguiendo el procedimiento habitual para investigar en un centro sanitario, es decir: diseño de un proyecto, remisión al gerente para que sea estudiado por la Comisión de ética, y por último esperar el dictamen positivo de la Comisión de ética.

Aunque dependiendo de los contextos, el permiso, a veces, no es suficiente tal como expresan Hammersley y Atkinson (1994):

“El acceso no es apenas una cuestión de presencia o ausencia física. Es mucho más que una

simple cuestión de conseguir o poseer un permiso para llevar a cabo la investigación...”

El Rol

Cuando se va a realizar una etnografía, y por lo tanto vamos a estar en un estado de permanente contacto con un grupo o comunidad, es importante desarrollar un rol que sea aceptable por los individuos que lo conforman o forman parte de ella. Ciertamente, la elección del rol es importante, pero consideramos que en nuestro estudio, donde no pretendíamos encubrir quiénes éramos, era mejor establecer como rol el de “investigador social”, debido a que si hubiéramos optado por un rol diferente, cualquier desliz o relación, por ejemplo, con los directivos del hospital, podía ser motivo de sospecha de un control social y laboral por parte de estos. Así pues nos animamos a realizar nuestra tarea, con el rol antes expuesto, pero matizado de tal forma que pudiera ser bien aceptado por todos, funcionarios, enfermos y familiares, éste fue el de “investigadora social novata”.

Las Técnicas

• *La observación participante.*

Como hemos dicho los etnógrafos trabajan en el campo, en contacto permanente con su objeto/objetos de estudio, ello implica una relación o interacción social con los sujetos no ofensiva, la idea es ganar la aceptación del grupo y conseguir informantes que se sientan cómodos con los etnógrafos.

Procede de la reformulación realizada por Malinowski en su obra “Los argonautas del Pacífico Occidental”, y podríamos definirla como una observación directa realizada por el etnógrafo, que implica una relación con los sujetos y objetos de estudio, que permite recoger no sólo la visión etic (la del etnógrafo) sino tam-

bién la visión emic (de los “otros”), sobre los contextos e interacciones que suceden en la institución o la comunidad que estudiamos, en palabras de Taylor y Bogdam (1996) :

“La observación participante... designa la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”.

O como comenta el antropólogo Oscar Guasch (1997):

“La observación participante es uno de los modos de investigación que permite prestar mayor atención al punto de vista de los actores. Tal y como pretenden los clásicos, se trata de que el investigador se convierta el mismo en un nativo a través de la inmersión en la realidad social que analiza...”.

Si bien los etnógrafos utilizan su capacidad de extrañamiento a lo largo de su observación, y esta debe intentarse que no sea coartada, es decir que no haya cortapisas a la misma; también es cierto que igual que hay que aprender a interaccionar, y para ello hay que revisar estrategias y elegir entre ellas; en cuanto a la observación también tenemos la necesidad de revisar la estrategia y plasmar a modo guía de observación esa reflexión tan ligada a nuestros intereses en esta técnica (Guía de observación nº 1).

• *Las entrevistas en profundidad*

Son unas técnicas de las más utilizadas en las investigaciones sociales, ya que es la única forma de acceder a los valores, percepciones y creencias de los entrevistados, podría servirnos de definición –entre las muchas existentes - la citada por Del Rincón et al (1995) para la entrevista:

“... un intercambio verbal, cara a cara, entre dos o más personas, una de las cuáles, el entrevistador, intenta obtener información o mani-

festaciones de opiniones o creencias de la otra u otras personas”.

Para Sandín, mencionado por Del Rincón y cols (1995), las características comunes, destacables de las entrevistas, son:

- Que se produce una comunicación verbal
- Que existe un cierto grado de estructuración
- Que su finalidad es específica
- Que la situación es de asimetría entre entrevistador y entrevistado
- Que es un proceso bidireccional, y
- Que los participantes adquieren unos roles específicos.

Las entrevistas, que nosotros planteamos tenían dos objetivos básicamente, por una parte recoger datos y por otra complementar la observación participante.

Existen diferentes tipos de entrevistas pero para las entrevistas a los Médicos nos decidimos por la entrevista semiestructurada en profundidad. (Guía de entrevista nº 1)

Las entrevistas informales

Para soslayar los problemas de una entrevista formal, como antropólogos también utilizamos las entrevistas informales, es decir interacciones comunicativas no previstas (lo cual no quiere decir no diseñadas o no buscadas por la etnografía), pero que al surgir “espontáneamente” parecen reducir el nivel de ansiedad, y las barreras defensivas que establecerían los entrevistados en otros casos. Estas ventajas fueron las que nos indujeron a trabajar con este tipo de técnicas.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Existe un momento en el desarrollo de la etnografía, precisamente al acabar el trabajo de campo o si se prefiere la recogida de infor-

mación, materiales, etc., donde se produce un vacío desconcertante que ha sido explicado dentro de las ciencias sociales por Coffey y Atkinson (2005) de la siguiente forma:

“... Existe algo intimidador al finalizar el trabajo de campo, cuando ya no queda más por hacer que analizar los datos y redactar.”³².

Observamos que el personal en cada turno, es menor al número de enfermos y acompañantes, a nivel de funcionamiento en el día a día, ciertamente un número relativamente pequeño de funcionarios es el que dirige a un número mucho mayor de internos y acompañantes, confirmando lo que afirmaba Goffman al respecto.

En las instituciones totales existe una frontera invisible una escisión de los habitantes en dos grupos, uno menor en cuanto a número, los funcionarios y otro mayor, los internos; pero curiosamente la UCM a diferencia de otras instituciones, tiene un tercer grupo que son los acompañantes.

Los acompañantes, que como es fácil entender no puede existir en instituciones como las prisiones, aquí parecen jugar un papel aparente que cual hilo de plata parece que sostiene a los enfermos con un leve nexo con el exterior, en definitiva con esa comunidad o grupo que ya los ha muerto socialmente.

A nivel de esta institución observada existen tres grupos claramente diferenciados:

- Uno, el de los funcionarios, que no es ni tiene que ser compacto a menos que se sienta amenazado, y en el cual se dan diferencias notables entre ellos, en cuanto a categoría, preparación académica, actividad y responsabilidad.
- Dos, el de los enfermos que hemos descrito aquí como muertos sociales, cuyo padecimiento parece convertirlos en el grupo más homogéneo.

- Tres, el de los acompañantes, grupo es particularmente interesante, por varios hechos: por un lado como ya hemos mencionado no existen en otras instituciones totales, por otro, apriorísticamente, son el nexo con el exterior, la sociedad y con la familia; y por último la tolerancia que les profesan algunos funcionarios porque eliminan horas de cuidados enfermeros.

Quizás lo que nos parece más duro, para el observador (García-Caro et al, 2010) es el hecho de que se “mendiga” una actitud afectuosa o un poco de “cariño”, hecho que el profesional que atiende esa demanda, utiliza, a veces, en beneficio de los objetivos institucionales o del cumplimiento / acatamiento de la rutina (Goffman, 1974; Guiart, 1980; Hennezel, 1996; Morin, 1977) . Dentro de esta rutina, no solo se homogenizan horarios, sino los tempos más personales, dígame: higiene, alimentación, ...; no son sólo los profesionales, la vida en común con otras personas, forzando un contacto físico, cultural y social, provocando interacciones de las que sin duda emanará una contaminación: física, cultural o social, o todas ellas.

Las entrevistas se realizaron acomodándonos en todos los sentidos a los médicos, cuando les fuera mejor, en cuanto a: horario, lugar etc. Pudimos observar diferentes actitudes en esta interlocución comunicativa, que fueron desde un “laissez faire” a una actitud muy precavida, muy tensa, de revisar hasta sus propios argumentos; entre estos dos extremos se situaron todos los facultativos.

Mencionamos esto, por qué nos parece “curioso” que ante una persona sin conocimientos médicos, aunque con un cierto conocimiento de la terminología médica, un facultativo pueda estar tenso ante preguntas sobre su día a día.

En cuanto a la presentación de la información obtenida (Anexo nº 2), nos ha parecido la forma más sencilla de exponerla, el resaltar del conjunto de respuestas a cada una de las preguntas, aquello que desde nuestro extrañamiento y nuestros objetivos nos parecía más importante; por ello expondremos esos aspectos, ciñéndonos al guión de entrevista.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La información y la comunicación tienen sus fórmulas de control, en principio la información sobre la enfermedad (diagnóstico) es reservada por médicos y familia quienes la gran mayoría de veces sellan un pacto de silencio, con lo que nos encontramos ante un hecho antinatural (sin entrar en los aspectos legales), porque aquel que tiene derecho natural de ser informado de su situación, es el que no sabe – al menos oficialmente - de su tratamiento y su pronóstico, obviamente con excepciones.

Existe otro pacto, en el que sólo aparece el médico como investido de la autoridad necesaria para explicarle al enfermo o la familia la evolución del enfermo y su situación en un momento dado, esto hace que los demás funcionarios protejan al médico, así el enfermo sólo puede hablar cuando la rutina, los funcionarios y el médico, lo autorizan.

Es obvio que se da un proceso de acomodación obligatorio – en enfermos y acompañantes - a la rutina, la cual se establece en función de las necesidades o deseos de los funcionarios, en ningún caso de los enfermos, resultando paradójico dado que los enfermos son el *leit* motif de la existencia de la institución.

La idea de la institución social es manifiesta en las funciones de acceso y salida, por existencia de un control o vigilancia. Este

“servicio” es compartido por todas las unidades del edificio, y realizado por los celadores – porteros, de forma que se establece para todo el edificio.

Con respecto a ese control, luchan varias ideas: por un lado la necesidad de escapar del pretanatorio, por otro lado la vinculación a un espacio que se nos hace contestó con el paso del tiempo, y la tercera muy relacionada con la anterior, es el alejamiento la pérdida de aquel contexto que era su vida.

Así en cuanto a querer irse, algunos enfermos quieren escaparse de esa antesala del tanatorio en lo que se ha convertido, a nivel popular la UCM, y en la mayoría de casos son los parientes los que no quieren; el hospitalismo, que podíamos interpretar como la necesidad de marchar tiene una fácil explicación, dado que el alejamiento de su vida (contexto real) ha sido tan brutal y mantenido, que su única defensa ha sido construir un mundo ficticio alrededor del Hospitalito; aquellos que su estado cognitivo les permite saben que su estancia aquí les resulta mucho más llevadero a sus parientes, que su permanencia en una casa donde éstos no pueden atenderles por diversas cuestiones, como son el tiempo, el espacio, el aspecto económico, y donde ellos son muertos sociales (no cuentan), mientras que en el hospital, son alguien para sus funcionarios, y para lo que queda de su red social (amigos) otra situación, que es una desorientación típica, que se produce por el cambio de entorno y el paso del tiempo en el Hospital, que hará difícil que se reincorporen, ni siquiera con limitaciones, a su vida anterior, en el exterior.

Los moradores del Hospitalito, en general, son “vigilados” por sus propios déficits, es difícil encontrar enfermos que se puedan escapar, en realidad sus propias necesidades y debilidad física (fragilidad), son sus mejores carceleros.

Todas las instituciones intentan mejorar la eficacia y la eficiencia de sus procesos realizando parte de la rutina en grupos, no solamente aumenta la eficacia el hecho de que la hora del baño de las internas de un colegio sea el mismo para todas; también lo hace el obligar a los reclutas a formar en un patio desnudos y hacer que se duchen juntos. Pero hemos de matizar que el objetivo no es sólo la eficacia en el cumplimiento de la rutina, ni tan siquiera la pretensión de transmitir ese grado de autoridad que se magnifica en el contraste de la propia desnudez, sino el hecho de despojar al interno aun más de sus referentes personales.

El que se hable de los aspectos metabólicos, de defecar (“te has hecho caca”) en presencia del compañero del cuarto, y a veces de los acompañantes, es algo que nos “llamaba poderosamente la atención”, al principio, parecía herir nuestra sensibilidad y hemos tardado mucho tiempo en poder acostumbrarnos, pero si esto nos pasaba nosotros, que sucede con el pudor y el recato de las personas “ofendido y vulnerado” constantemente, y hemos de pensar que estamos hablando de personas que por su edad y formación deben sentir su yo y el espacio personal violentados constantemente, con esa forma de hablar y de actuar; Hemos de recordar que son personas mayores enculturados con otras normas de urbanidad, otras formas de relacionarse, de nombrarse, etc..

Podría ser que en la institución, se pueda hablar sin recato y con público de las cosas más íntimas (excrementos, úlceras, etc.), del compañero de al lado, entonces, será quizás que los “muertos sociales” no merecen la delicadeza o cortesía, que ante una persona “viva” y que conservara estatus y roles tendríamos, cuando nos dirigiéramos a él o simplemente habláramos en su presencia.



La distancia social, está perfectamente clara para la generalidad de los enfermos, ahora bien con los acompañantes, aunque saben que existe, parecen no aceptarlo de buena gana, así lo expresa el combate sordo que mantienen sobre todo con médicos y enfermeras; por ejemplo, los familiares por motivos diversos (a veces de tipo económico, la paga del viejito o viejita se gasta en la residencia, pero si está en el hospital, entra en el ámbito de la familia, que domina la situación (libretas o talones, firma autorizada,...), pretenden presionar al médico para que “su” paciente / pariente se quede hasta la muerte en la UCM.

Si bien los pacientes llegan a la UCM despojados de su estatus y roles, por su situación de salud, aunque es algo cultural y socialmente permitido, habría que discutir el por qué del mismo, el cuanto y el cómo, y quizás el hecho de que esa muerte social que produce su núcleo de convivencia, empuja más y más a la persona hacia su muerte biológica, es obvio que la rutina, la comunicación y otros aspectos de sus interacciones, les llevan a sentir profundamente esa situación de no retorno (muerte

social); la lejanía de su entorno social y cultural habitual (conocido); y la desorientación que padecerá, debido a su edad, sin duda, después de una estancia en la Unidad, todo ello va llevando a la persona ingresada, a tres finales:

- Una prolongada espera bastante bien cuidados y pagados en su sufrimiento hasta su final biológico en la UCM, o a
- Una residencia, con el mismo horizonte, pero generalmente con cuidados enfermeros deficitarios, o bien
- A algo que empieza a parecer extraordinario, la vuelta a casa, que se produce en familias con una gran cohesión, podemos llamarle amor por sus miembros, que hace que el viejito/a vuelva a casa, de donde como actitud general solo va al hospital en caso de una complicación de tipo patológico, para volver, o ante la muerte, para establecer un vacío que culturalmente debe ser llenado con rituales de cohesión, del grupo o parentela y la verdad que estos son los casos menos numerosos.

La amputación del estatus y los roles, funciona a modo de anuncio reiterativo, y el mensaje es claro “ya no eres ni tu mismo”, se le ha despersonalizado, a ello ayudan también actitudes profesionales de nombrar a las personas por el número de cama o de habitación y aunque sea entre los profesionales, ya que los enfermos están enfermos, pero no sordos.

ANEXOS

ANEXO N° 1. Guía de entrevista en profundidad para facultativos.

- 1.- Específicame, ¿cuál es tu concepción de lo que es terminalidad o paciente en situación de terminalidad?
- 2.- ¿Qué tipo de enfermos o qué características

deberían tener los enfermos ingresados en la UCM?

- 3.- ¿Qué tipos de enfermos, según tú opinión podrían regresar a su casa?
- 4.- ¿Por qué consideras que no se pueden ir?
5. ¿Con carácter general ¿dónde van los enfermos a los que les dais el alta?
- 6.- ¿Qué es para ti la medicina paliativa?
- 7.- ¿Cuándo se debe utilizar la medicina paliativa? ¿En qué momento?
- 8.- ¿Cree que es necesaria una unidad de paliativos? Si es así ¿Por qué no se ha transformado la UCM?
- 9.- ¿En qué mejoraría la atención que se dispensa?
- 10.- ¿En que mejoraría su trabajo?
- 11.- ¿Cuáles son las técnicas para paliar el dolor?... y las prácticas?
- 12.- ¿Cree que la UCM compite con la de Oncología? Y si es así ¿qué consecuencias tiene?
- 13.- Las decisiones, si el paciente no está desorientado o incapacitado, ...¿las toma él?
- 14.- ¿Qué es para ti la muerte?
- 15.- ¿Existen diferentes formas de morir según tu experiencia?
- 16.- ¿Por qué se cierra la UCM en verano?
- 17.- ¿Quiere decir que no tiene entidad propia? ¿Y si fuera una UCP, crees que pasaría eso?

BIBLIOGRAFÍA

- Philippe, A. (1982) La muerte en occidente. Editorial Argos Vergara. Barcelona.
- Bericat, E. (1998) La legitimidad científica de la integración. En: La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida. Editorial Ariel, Barcelona.
- Bernalte, A. y Miret, M^a.T. (2007) Introducción a la Antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados. Libros en Red, Buenos Aires.

- Bernalte, A. (2013) De investigar cualitativamente. Edit. Alvaro Bernalte, Cádiz.
- Carrillo Pineda, M; Leyva-Moral, J.M; Medina Moya, J.L. (2011) El análisis de los datos cualitativos: Un proceso complejo. Index de Enfermería (edición digital). 20:1-2. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n1-2/7441.php>>
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2005) Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Universidad de Antioquia, Medellín: 16.
- Del Rincón, D; Arnal, J; Latorre, A; y Sans, A. (1995) Técnicas de investigación en ciencias sociales". Dykinson, Madrid: 307 y 16.
- Echagüen, M. (1997) Thanatos, una mirada antropológica sobre la muerte. Ediciones A. Z, Barcelona: 90.
- Escudero-Carretero, M^a.J; García-Toyos, N; et al. (2010) Vivencia de personas cuidadoras informales y sus expectativas sobre el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa. 17(4): 201-208.
- Fabrega, H. (1974) Disease and social behaviour: an interdisciplinary perspective. Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge: 3 y 45
- Fridriksdottir, N; Sigurdardottir, V; Gunnarsdottir, S. (2006) Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs. Palliative Medicine. 20 (4): 425-432.
- García, L; Linertová, R; Martín, R. (2006) Efectividad y coste-efectividad de las diferentes modalidades organizativas para la provisión de cuidados paliativos. Informes Evaluación de Tecnologías SESCO. Ministerio de Sanidad y Consumo y Gobierno de Canarias, Las Palmas.
- García-Caro, M.P; Cruz-Quintana, F; Schmidt-Riovalle, P. (2010) Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. International Journal of Clinical and Health Psychology. 10(1): 57-72.
- Goffman, E. (1974) Les Rites d'interaction. Ed. Minuit, París.
- Gómez-Batiste, X; Pascual, A; Espinosa, J; Caja, C. (2010) Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. Medicina Clínica.135(4):179-184

- Gómez de la Serna, R. (1961) Los muertos y las muertas (3ª ed.). Espasa-Calpe, Madrid.
- González y Alameda, G.M. (2010) Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index de Enfermería*.19(2-3):33-38.
- Guasch, O. (1997) Observacion participante” Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid. Col. Cuadernos Metodológicos, núm. 20: 36
- Guiart, J. (1980) Rites de la mort. Exposition du Laboratoire d' ethnologie du Museum d' Histoire Naturelle, Paris.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994) Etnografía. Métodos de investigación. Paidós, Barcelona:15- 71.
- Henderson, M. & MacGregor, E. (2006) The use of benzodiazepines in palliative care. *Palliative Medicine*. 20 (4): 407-412.
- Hennezel, M. de (1996) La muerte íntima. Plaza&Janés, Barcelona.
- Morin, E. (1977) L'homme et la mort. Seuil, Paris.
- OMS (2004) Hechos sólidos. Cuidados paliativos. Elizabeth Davies y Irene J Higginson Editores, Madrid: 4.
- Perez, E; Cibanal, L. (2011) Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. *Cultura de los cuidados*.15(30): 52-59.
- Pujadas, J. J; Comas, D; Roca, J. (2010) Etnografía.UOC, Barcelona.
- Sladek, R; Tieman, J; Currow, D. (2007) Improving search filter performance: A study of palliative care literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.7:18.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R.(1996) Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación. Paidós, Barcelona:31.
- Tieman, J; Sladek, R; Currow, D. (2008) Changes in the quantity and level of evidence of palliative and hospice care literature: the last century. *J Clin Oncol*. 10-26(35):5679-83.
- Van Dijk, T.A. (2000) (Editor) Estudios del discurso. Gedisa, Barcelona: 25.
- Winkin, Y. (1991) Los momentos y sus hombres. Paidós, Barcelona.
- Wolf, M. (1988) Sociologías de la vida cotidiana. Editorial Cátedra, Madrid: 13.
- World Health Organization (1990) Technical Report Series 804. World Health Organization, 1990, Geneva.



Estudio exploratorio de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona)

Exploratory study on the general and specialist nursing professionals (midwife) laboral satisfaction

Estudo exploratório da satisfação no trabalho dos enfermeiros generalistas e especialistas em obstetrícia e ginecologia (parteiras)

César Carrillo García¹; María Isabel Ríos Rísquez²; María de los Ángeles Castaño Molina³; María Dolores Nicolás Viguera⁴; José Arnau Sánchez⁵, M.E. Martínez Roche⁶

¹Doctor en Enfermería. Profesor Asociado Clínico Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Enfermero Hospital Universitario José María Morales Meseguer.

²Doctora en Psicología. Profesora Asociada Clínica Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Enfermera Hospital Universitario José María Morales Meseguer.

³Doctora en Filosofía. Profesora Asociada Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Matrona Hospital Comarcal del Noroeste.

⁴Grado en Enfermería. Matrona Hospital Universitario Santa Lucía.

⁵Doctor en Enfermería. Matrón Centro de Salud de Vistabella.

⁶Profesora Titular de Universidad. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. (Investigadora Principal).

Cómo citar este artículo en edición digital: Carrillo García, C; Ríos Rísquez, M^a.I; Castaño Molina, M^a.A; Nicolás Viguera, M^a.D; Arnau Sánchez, J. y Martínez Roche, M^a.E. (2014) Estudio exploratorio de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.12>

Correspondencia: César Carrillo García. Campus Universitario de Espinardo. Edificio 23. Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. 30100. Espinardo. Murcia.

Correo electrónico: cesarcarrillo@um.es

Recibido: 11/03/2014; Aceptado: 16/06/2014



ABSTRACT

Starting from the importance of the laboral satisfaction and its repercussion in the development of the Health Professional activity as well as its impact in the quality of the services rendered.

The aim of this study is to know, analyze and describe the expectations, needs, values and perceptions of the general and specialist nursing professionals (midwife) of three University Hospitals in relation to the satisfaction

Financiación: Proyecto de Investigación en Salud financiado por el Instituto de la Salud Carlos III. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. PI12/01776. Estudio exploratorio sobre la satisfacción de la salud laboral de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona) de las Áreas Sanitarias I, VI y VII de la Región de Murcia.

Agradecimientos: A la cofinanciación de la Unión Europea por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional. "Una manera de hacer Europa".

of safety at work as an influential factor in their life quality.

The design is considered from a qualitative perspective under the theoretical and methodological guidance of the social anthropology, using a theoretical sampling until reach the data saturation. The discussion groups with general and specialist nursing professionals will be used as data collection techniques.

The results of a quantitative study on the working life satisfaction at an University Hospital and the different aspects which produce the same in professionals, raise the issue of the start of the study.

As a conclusion, this kind of study will allow us to investigate reasons for the satisfaction or dissatisfaction of the nursing professionals, inasmuch as the quality of their laboral health affects directly the quality of the services rendered.

Keywords: Nursing Staff Hospital, Obstetrical Nursing, Job Satisfaction, Qualitative Research.

RESUMO

Assumimos a importância da satisfação no trabalho e o seu impacto sobre o desenvolvimento da actividade dos Profissionais da Saúde, bem como seu impacto sobre a qualidade dos serviços prestados.

O objetivo é compreender, analisar e descrever as expectativas, necessidades, valores e percepções dos Profissionais de Enfermagem generalistas e especialistas (parteiras) de três Hospitais Universitários em relação a satisfação da saúde ocupacional como um fator que influencia a sua qualidade de vida.

O design surge a partir de uma abordagem qualitativa, sob a orientação teórico-metodológica da Antropologia Social, utilizando uma amostragem teórica até a saturação de dados.

Serão usados como técnicas de recolha de dados qualitativos os Grupos de Discussão com Profissionais de Enfermagem generalistas e especialistas.

Os resultados de um estudo quantitativo sobre a satisfação da vida de trabalho em um Hospital Universitário e os vários aspectos que produzem a mesma nos profissionais, fazem-nos pensar sobre o início deste estudo.

Em conclusão, um estudo desta natureza, nos permitiria investigar os porquês da satisfação e insatisfação dos Profissionais de Enfermagem, uma vez que a qualidade da saúde ocupacional deles tem uma influência directa sobre a qualidade do serviço prestado.

Palavras-chave: Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital, Enfermagem Obstétrica, Satisfação no Emprego, Pesquisa Qualitativa.

RESUMEN

Partimos de la importancia de la satisfacción laboral y su repercusión en el desarrollo de la actividad de los Profesionales Sanitarios así como su impacto en la calidad de los servicios que prestan.

El objetivo es conocer, analizar y describir las expectativas, necesidades, valores y percepciones de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas (matrona) de tres Hospitales Universitarios en relación a la satisfacción de la salud laboral como factor influyente en su calidad de vida.

El diseño se plantea desde un enfoque cualitativo bajo la orientación teórico-metodológica de la antropología social, utilizando un muestreo teórico hasta alcanzar la saturación de los datos. Se usarán como técnicas de recogida de datos cualitativos los grupos de discusión con profesionales de enfermería generalistas y especialistas.

Los resultados de un estudio cuantitativo sobre la satisfacción de la vida laboral en un Hospital Universitario y los distintos aspectos que producen la misma en los profesionales, nos hacen plantearnos el inicio de este estudio.

Como conclusión, un estudio de estas características, nos permitiría indagar en los porqués de la satisfacción e insatisfacción de los profesionales de enfermería, ya que la calidad de salud laboral de los mismos influye directamente en la calidad del servicio prestado.

Palabras clave: Personal de Enfermería en Hospital, Enfermería Obstétrica, Satisfacción en el Trabajo, Investigación Cualitativa.

INTRODUCCIÓN

Para poder hablar de satisfacción laboral, se ha de definir en primer lugar el trabajo como un conjunto de actividades humanas, retribuidas o no, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o informaciones disponibles, permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En dicha actividad la persona aporta energías, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social (Peiró, 1986).

Cuando se habla de satisfacción laboral, ésta se define como una actitud compuesta por elementos afectivos, cognitivos y conductuales, que pueden variar en consistencia y magnitud, pueden ser obtenidos de diferentes fuentes y cumplen distintas funciones para el individuo (Sáez, 1999). Un segundo aspecto relevante a tener en cuenta en relación con el trabajo y la satisfacción laboral de los profesionales es su motivación. Ésta se halla presente en cualquier contexto de la existencia del hombre, interviniendo como mecanismo para

lograr una serie de propósitos, y como impulsora de la conducta humana, siendo una pieza clave a la hora de entender porqué unas personas rinden más que otras en el desarrollo de su actividad laboral (Sáez, 1999).

Otro aspecto a tener en cuenta, es la definición de salud laboral, que según la Organización Mundial de la Salud, tiene como objetivo fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todos los daños a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

En cuanto al concepto de calidad de vida laboral, tiene que ver con la satisfacción, la salud y el bienestar del trabajador, y también con lo relacionado con su entorno laboral. Es una definición que pretende reconciliar aspectos del trabajo que tienen que ver con las experiencias individuales y con los objetivos organizacionales. Es, por tanto, un concepto multidimensional, formado por indicadores objetivos y subjetivos que tienen en cuenta tanto al individuo como el contexto en el que se desenvuelve (Flores, Jenaro, González-Gil, Robaina y Martín, 2010).

Numerosos autores, han señalado en sus estudios la importancia de las investigaciones en satisfacción de la vida laboral y, sobre todo en los servicios de salud, destacando la relevancia de la satisfacción laboral en los profesionales sanitarios, resaltando también las consecuencias que se derivan de esa satisfacción laboral, como son la mejora de la calidad asistencial de los servicios prestados y una mayor satisfacción de los usuarios (García de Diego, Ranchal, Biedma, Velázquez y Serrano

del Rosal, 2008; Peiró, Silla, Sanz, Rodríguez y García, 2004; Robles, Dierssen, Martínez, Herrera, Díaz y Llorca, 2005).

En base a lo anteriormente mencionado, planteamos una investigación cualitativa, pues con ella se pretende describir como varían los fenómenos en las diferentes circunstancias y cuales son las causas. Se expone como las personas dan sentido a su entorno social y su interpretación. El foco de la investigación cualitativa se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos de estudio; se pretende conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio. Todas las perspectivas son valiosas, no se busca “la verdad”, sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio y, para ello, el investigador debe apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Además, la investigación cualitativa es inductiva, es decir, se desarrollan los conceptos y comprensiones partiendo de los datos que se obtienen en la investigación (Salamanca, 2006).

La investigación sigue una orientación metodológica basada en la Teoría Fundamentada, la cual va estar enraizada en el interaccionismo simbólico (Denzin, 1992; Blummer, 1982). Este ha sido utilizado con éxito en el campo de la Enfermería al tratarse de “una teoría que tiene como concepto central el significado, es decir, las acciones individuales y colectivas son construidas a partir de la interacción entre las personas; y tales acciones dependen del contexto social al que pertenecen” (Ibarra, 2008). En este sentido, la investigación cualitativa enfatiza en el estudio de los procesos y de los significados interesándose por fenómenos y experiencias humanas (De la Cuesta, 1997).

En el caso de nuestro estudio, en base a la

orientación filosófica seguida, nos basamos en el razonamiento inductivo, prescindiendo de hipótesis y apoyándonos en un marco teórico previo consistente (De la Cuesta, 2006).

Así pues, planteamos los siguientes objetivos: por un lado, conocer, analizar y describir las expectativas, necesidades y percepciones de los Profesionales de Enfermería, en relación a la satisfacción de la salud laboral como factores influyentes en su calidad de vida. Así como valorar y comparar las expectativas, necesidades y percepciones de estos Profesionales de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

Para alcanzar los objetivos del estudio, se ha elegido la metodología cualitativa por su utilidad en la profundización en fenómenos de gran interés y complejidad. Ésta metodología, nos permite aprender sobre las experiencias y perspectivas de los participantes, explorar sentimientos, necesidades, expectativas e identificar aquellos factores o situaciones que provocan insatisfacción en los profesionales de enfermería.

Ámbito del estudio

El estudio de corte cualitativo, se realizará en tres Hospitales Universitarios públicos pertenecientes a tres áreas sanitarias: I, VI y VII.

Participantes del estudio

Los participantes del estudio, serán los profesionales de enfermería generalistas y profesionales de enfermería obstétrico ginecológica (matrona), mediante su participación en grupos de discusión. El universo de la muestra está compuesto por la plantilla de profesionales de enfermería de los hospitales en estudio. El número de grupos de discusión,



se establecerá según el número de profesionales de cada hospital, así pues, en el Hospital Clínico Universitario se realizarán dos grupos de discusión con Profesionales de Enfermería generalistas (un grupo del pabellón general y otro del pabellón materno-infantil). En los otros dos Hospitales Universitarios, se realizará un grupo de discusión en cada uno, resultando cuatro grupos. Asimismo, se realizarán dos grupos de discusión con Profesionales de Enfermería especialistas en obstetricia y ginecología en el Hospital Clínico Universitario, ya que es el Hospital de referencia en dicha especialidad para las Áreas Sanitarias I, VI y VII.

La segmentación de los participantes en los grupos de discusión de los profesionales de enfermería generalistas será la siguiente: Dos profesionales de enfermería de unidades de hospitalización quirúrgica, dos de unidades de hospitalización médica, uno de quirófano, uno de urgencias, uno de la unidad de cuidados intensivos y otro de consultas externas. A su vez la de los participantes en los grupos de discusión de los profesionales de enfermería especialistas en obstetricia y ginecología será la siguiente: Dos profesionales de enfermería especialistas en obstetricia y ginecología de consultas externas, dos de la unidad de gestantes y cuatro de la unidad de urgencias y pa-

ritorio. Resultando un total de seis grupos de discusión.

Los criterios para la composición de los grupos de discusión respecto a la antigüedad en el puesto, son los siguientes: se tendrán en cuenta los siguientes rangos de edad (1-5 años, 6-10 años, >10 años). En relación a la antigüedad en la profesión los rangos de edad serán (<10 años, 10-30 años, > 30 años). De forma que estén representados todos los criterios anteriormente citados.

Técnica de recogida de datos

Para la consecución de los objetivos se realizarán grupos de discusión, ya que la interacción del grupo proporcionará más riqueza en el discurso. En la selección estratégica de la muestra se buscará la homogeneidad entre grupos, la heterogeneidad intragrupal y la saturación estructural. Los participantes serán invitados a participar mediante una carta donde se reflejará el objetivo de nuestro estudio, la fecha y lugar de celebración. Posteriormente se confirmará la asistencia por teléfono.

Se realizará la reunión en un lugar neutro, evitando lugares que inhiban o afecten negativamente a la expresión de los grupos. Se realizará la grabación magnetofónica completa del grupo para su posterior transcripción. Las reuniones serán moderadas por un miembro del equipo investigador y se recogerán notas de campo por parte de un segundo observador. Después de la celebración de cada grupo, el moderador y el observador harán una primera audición provisional.

Asimismo, para contribuir a la consecución de los objetivos, se realizará una observación sistemática en los hospitales objeto de estudio que explore: ¿Cómo se relacionan los profesionales? ¿Cómo organizan sus actividades? ¿Están motivados en cuanto a la presta-

ción de cuidados? ¿Qué expectativas y necesidades laborales tienen? ¿Cómo se sienten? Así como la utilización y registro de los diarios de campo de los investigadores.

Las preguntas guía se basarán en las siguientes cuestiones: condiciones del entorno laboral, flexibilidad del método de trabajo, relación con los compañeros, reconocimiento laboral, relaciones con los superiores, responsabilidad asignada, uso de capacidades personales, promoción laboral, horarios, estabilidad en el empleo, oportunidades de formación, satisfacción en líneas generales, etc.

Periodo de estudio

El estudio se realizará durante los años 2013 a 2015.

Análisis de la información

Se realizará un análisis preliminar después de cada grupo de discusión. Resumen sobre hallazgos, interpretaciones, observaciones acerca de la dinámica de la reunión, que nos servirán para buscar esquemas de codificación que sirvan, no solo para estructurar el contenido de todas las entrevistas sino también la necesidad de variar el número y la estructura de otros participantes con el fin de alcanzar la saturación de los datos.

Durante el análisis de los mismos, se realizará una contra-codificación entre el equipo investigador, así como una doble verificación de las relaciones entre los códigos y el modelo explicativo, con el fin de intentar ofrecer los resultados más fiables. Se realizarán comparaciones constantes de la codificación, categorización, subcategorización y relación entre categorías con la finalidad de elaborar explicaciones que den sentido a los textos. El proceso de categorización del análisis se perfilará con ayuda de informes analíticos de bibliografía

previa. Se utilizará el programa informático para datos cualitativos Atlas-ti

Aspectos éticos

Se cumplirá escrupulosamente y en todo momento con el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para realizar este estudio. De igual forma se respetará en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como las autorizaciones a los Gerentes y comités de ética de las Áreas de Salud estudiadas para la realización de los Grupos de Discusión a los profesionales.

Asimismo, a todos los participantes se les citará personalmente para explicarles brevemente el objeto del estudio, su técnica y por qué han sido invitados a participar. Se les dará la información que precisen y se les pedirá que firmen el formulario de Consentimiento Informado. De manera particular se llevará especial atención en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos: Voluntariedad a la hora de participar en la investigación. Anonimato de las personas encuestadas. Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio. Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos. Inocuidad de los resultados del estudio para ninguno de los participantes en la investigación.

Limitaciones del estudio

Las personas que acepten participar en el estudio, seguramente serán las más colaboradoras. Puede que la utilización de una grabadora y la técnica de observación participante ejerzan una presión que pueda disminuir o bloquear la espontaneidad en algunos participantes y limitar así la información que apor-

ten. El hecho de realizar la investigación en una única Comunidad Autónoma y en tres hospitales, puede disminuir la posibilidad de generalización de los resultados, pero ese no es el objetivo de la investigación cualitativa, sino el del conocimiento en profundidad de un fenómeno. El muestreo teórico puede producir una falta de captación de toda la problemática del fenómeno en la medida en la que lo haría el muestreo de máxima variedad, sin embargo, por cuestiones de factibilidad y teniendo en cuenta que se buscará la saturación de los datos consideramos adecuada la técnica.

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados del estudio cuantitativo de la satisfacción laboral realizado con profesionales sanitarios de uno de los Hospital Universitario en estudio, estos resultados nos han servido de base a la hora de plantear el presente proyecto de investigación, dado que el personal de enfermería fue el que mostró una mayor insatisfacción laboral (Carrillo, 2011). El instrumento de medición que se utilizó en dicha investigación cualitativa fue la Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfacción) (War, Cook and Wall, 1979) y adaptada y validada al castellano (Pérez y Fidalgo, 1995). Esta escala solicita a los trabajadores el nivel de satisfacción con distintos elementos de la vida laboral, con un sistema de respuesta tipo Likert de siete puntos de anclaje, desde 1 “muy insatisfecho” hasta 7 “muy satisfecho”. Los 15 ítems de la escala original están divididos en dos subescalas, una de factores intrínsecos, referentes al propio contenido del trabajo formada por siete ítems. Y otra de factores extrínsecos, vinculados con el contexto donde se desarrolla la actividad laboral que la constituyen ocho ítems. Esta escala de satisfacción laboral, es ampliamente usada y

se encuentra insertada dentro del marco conceptual de la Teoría Bifactorial de Herzberg.

Para un universo objeto de estudio de 1194 profesionales sanitarios y teniendo presente que la muestra final fue de 546 encuestados, el porcentaje de participación fue del 45.81%.

Los tres aspectos mejor valorados por los profesionales, son los que hacen referencia tanto a los compañeros de trabajo, al superior inmediato y al horario de trabajo con unas valoraciones medias de 5.9, 5.7 y 5.3 respectivamente.

Los siguientes aspectos mejor valorados todos ellos con una valoración media superior a 5, son los relativos a la responsabilidad asignada, estabilidad en el empleo y la variedad en las tareas, con unas valoraciones medias de 5.2, 5.2 y 5.1 respectivamente.

Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto que, la mayor parte de los aspectos en análisis obtienen una valoración media del nivel de satisfacción. Así, hasta 8 de los 16 ítems en análisis son calificados con una valoración de entre 4 y 5.

Finalmente, los dos únicos aspectos que obtienen niveles medios de satisfacción negativos, es decir, inferiores al 4 (de la escala Likert considerada, de 1 a 7), son las “Relaciones entre dirección y trabajadores del Hospital” y “El modo en el que el Hospital está gestionado”. Ambos factores son los que aportan una menor satisfacción laboral, tal y como puede comprobarse en los gráficos que siguen. Con una valoración media ambos de 3.8 y 3.6 respectivamente.

La última pregunta del cuestionario solicita a los entrevistados que valoren, en líneas generales, y considerando globalmente todos los aspectos anteriores, el “nivel de satisfacción con el trabajo desempeñado en el Hospital”. El nivel de satisfacción general medio expresado

por los entrevistados con el trabajo desempeñado se sitúa en el 5.4 en la escala de 1 a 7.

Las diferencias observadas en los distintos niveles de satisfacción atendiendo a la categoría profesional, sugieren que, para la mayor parte de los aspectos en análisis, el grupo de Gerencia y Dirección presentan los niveles más elevados de satisfacción, seguido por el de los Médicos Residentes. Frente a estos grupos, el de Enfermería destacaría por ser el que ofrece niveles de satisfacción más reducidos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con este tipo de investigación se podrán analizar y describir las expectativas, necesidades, valores y percepciones de los profesionales de enfermería respecto a su satisfacción de la salud laboral a través de grupos de discusión, siendo un medio de expresión de las ideologías sociales para captar las representaciones de la cultura o fenómeno que estamos investigando. Consideramos apropiado el uso de esta técnica por las ventajas inherentes de flexibilidad, alta validez, resultados rápidos y bajo coste (Guardián, 2007), por ser muy rica en producción de información y tener la capacidad de capturar material de la vida real en ambientes sociales. Al tratarse de una herramienta cuidadosamente planificada donde enfocamos el lenguaje como expresión (Ortí, 1986), extraemos los discursos que nos aportarán las representaciones ideológicas de los profesionales de enfermería generalistas y especialistas objeto de nuestra investigación. A través de las autoconfesiones de los participantes (Kruege, 1991), pretendemos profundizar en las expectativas, conocimientos, opiniones e ideologías, así como los sentimientos y emociones culturalmente construidos (Téllez, 2007), expresados por aquellos que tienen que ver o que están directamente involucrados en

la realidad social que se pretende investigar.

El diseño del grupo se conformará con criterios de homogeneidad controlada con la finalidad de revisar los campos sociales y simbólicos, pues en ellos se construyen los sentidos compartidos, los lugares comunes y los sistemas tópicos. La excesiva lejanía entre los miembros, provocaría conflictividad potencial de los mismos, obstaculizando la elaboración y negociación de los sentidos atribuidos a las representaciones y categorías sociales (Bourdieu, 1989).

Por otro lado, dado que la investigación está enmarcada en la Teoría Fundamentada y ésta, a su vez, enraizada en el interaccionismo simbólico, el grupo de discusión supone un instrumento de recogida de datos eficaz para captar los universos simbólicos a través de los cuales se interpreta la realidad social en la que están involucrados los sujetos y les dota de significado (Berger y Luckman, 1979). Así mismo, el lenguaje hablado indaga en los procesos de asignación de símbolos con significado y nos hace comprender los procesos de asignación de los significados (Baez, 2009), por tanto esta dinámica grupal aportaría datos acerca de la naturaleza de la interacción que se establece entre los profesionales de enfermería en el escenario laboral en el que se encuentran inmersos.

El proyecto de investigación comenzó a realizarse en febrero de 2013 y hasta ahora todo transcurre dentro de los plazos establecidos y sin incidencias. Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica pertinente para situarnos en el estado de la cuestión de nuestro proyecto, hemos construido la herramienta que nos sirve como guía para los grupos de discusión. Una vez establecidos los campos a indagar, las preguntas clave se han validado mediante entrevista individual, mediante la cual se ha po-

dido reestructurar la guía y añadir campos de los que nos interesa su investigación. Cuando teníamos la herramienta diseñada y validada hemos solicitado los permisos necesarios en las Áreas de Salud donde dirigimos nuestro estudio. La respuesta ha sido inmediata y satisfactoria, por lo que nos pusimos a construir tres grupos de discusión, uno de enfermeros generalistas del Área VI (noviembre de 2013) y dos de matronas: uno del Hospital Clínico Universitario (Área I) y otro de Primaria de las Áreas I, VI y VII.

Hasta el momento hemos conseguido buena respuesta por parte de los participantes en cuanto a asistencia como a participación. Por nuestra parte, la organización logística ha sido pertinente y los que han trabajado como entrevistadores han dirigido las conversaciones de forma correcta, tanto en el manejo del grupo como en el control de tiempos.

Actualmente nos encontramos en fase de transcripción de los datos que hasta ahora hemos recogido.

BIBLIOGRAFÍA

- Báez y Pérez de Tudela, J. (2009) Investigación Cualitativa (2ª ed.). ESIC Editorial, Madrid.
- Berger, P. y Luckman T. (1979) La construcción de la realidad. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Blummer, H. (1982) El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método. Hora, Barcelona.
- Bourdieu, P. (1989) La ilusión biográfica. Historia y Fuente Oral 2: 27-33. Available <http://es.scribd.com/doc/62808818/Bourdieu-Pierre-1989-la-ilusion-biografica-en-Historia-y-fuente-oralno-2>.
- Carrillo, C. (2011) Un estudio sobre la satisfacción de la vida laboral en profesionales sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Región de Murcia. Tesis Doctoral. Murcia, Universidad de Murcia.
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. Investigación y Educación en Enfermería 15 (2): 14-24. Available http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18349/1/De%20la%20Cuesta_Caracteristicas%20de%20la%20Investigacion.pdf.
- De la Cuesta, C. (2006) La Teoría Fundamentada como herramienta de análisis. Revista Cultura de los Cuidados 20: 136-140.
- Denzin, N.K. (1992) Symbolic interactionism and cultural studies: the politics of interpretation. Blackwell, Cambridge.
- Flores, N; Jenaro, C; González-Gil, F; Robaina, F; Martín, M.V. (2010) Quality of working life in healthcare services. En: Ciurea, A.V; Cooper, C.L; Avram, E. ed. Management in health organizations, The 21st century perspectives, Bucarest: 129-162.
- García de Diego, J.M; Ranchal Romero, J; Biedma Velázquez, L; Serrano del Rosal, A. (2008) Preferencias y expectativas de los médicos residentes en Andalucía. Instituto de Estudios Sociales Avanzados, Córdoba.
- Guardián, A. (2007) El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa. Colección IDER, Costa Rica.
- Ibarra, T.X. (2008) El interaccionismo Simbólico y los Cuidados de Enfermos Crónicos en el Ámbito Comunitario. Revista Cultura de los Cuidados 12 (24): 94-106.
- Krueger, R. (1991) El grupo de discusión. Pirámide, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2013) Salud Ocupacional. Available http://www.who.int/topics/occupational_health/es/
- Ortí, A. (1986) La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. En García, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. ed. El análisis de la realidad social, Alianza Universidad, Madrid: 153-185.
- Peiró, J.M. (1986) Psicología de la organización. (2ª ed.) UNED, Madrid.
- Peiró, J.M.; Silla Guerola I.A.; Sanz Cuesta, T.; Rodríguez Escobar, J.; García Más, J.L. (2004) Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicopatología 25 (4): 129-140.

- Pérez, J.; Fidalgo, M. (1995) NTP: 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. (Informe NTP: 394). Available http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_394.pdf
- Robles García, M.; Dierssen Sotos, T.; Martínez Ochoa, E.; Herrera Carral, P.; Díaz Mendi, A.; Llorca Díaz, J. (2005) Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gaceta Sanitaria 19 (2): 127-134.
- Sáez, M.C. (1999) Motivación en el trabajo. En: García, M. ed. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Fundamentos del Comportamiento en las Organizaciones, Diego Marín, Murcia: 107-130.
- Sáez, M.C. (1999). Satisfacción Laboral. En: García, M. ed. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Fundamentos del Comportamiento en las Organizaciones, Diego Marín, Murcia: 131-146.
- Salamanca, A.B. (2006) La investigación cualitativa en ciencias de la salud. Revista Nure Investigación 24. Available http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMeTd_24.pdf
- Téllez, A. (2007) La investigación antropológica. Editorial Club Universitario, Alicante.
- Warr, T.; Cook, P.; Wall, K. (1979) Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology 52: 129-148.



Perfil de pacientes estomizados: revisión integrativa da literatura

Profile of ostomy patients: integrative review of the literature

Perfil de los pacientes ostomizados: revisión integrativa de la literatura

¹Alyne Leal de Alencar Luz; ²Maria Helena Barros Araújo Luz; ³Arthur Antunes; ⁴Gilvan Santos de Oliveira; ⁵Elaine Maria Leite Rangel Andrade; ⁶Sara Machado Miranda.

^{1,6}Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: alyne-luz@bol.com.br

^{2,5}Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

^{3,4}Acadêmico do 90 período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: arthur_antunes03@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Luz, A. L. A.; Luz, M. H. B. A.; Antunes, A.; Oliveira, G.S.; Andrade, E.M.L.R.; Miranda, S.M. (2014) Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 39.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.13>

Correspondencia: Alyne Leal de Alencar Luz. Avenida Senador Helvídeo Nunes 4011, Junco, CEP: 64.607-755 Picos (PI).

Correo electrónico: Alyne-luz@bol.com.br

Recibido: 01/04/2014; Aceptado: 14/06/2014



ABSTRACT

An analysis on the profile of ostomy, multicenter studies that portray the specific characteristics of these patients, contributes to meeting their real needs and the targeting of public policies and health to improve the quality of life for these clients. This study aims to investigate the scientific profile about ostomy patients in the period 2004-2012. It is an integrative literature review performed by an electronic search in databases: Lilacs, Scielo,

and Bdenf Magazine estimated, because it is a specialized journal of the Brazilian Society of Stomatherapy. The sample consisted of ten articles which contemplated the inclusion criteria. It was found that all studies were conducted in Brazil in various states and regions and the vast majority of nurses. The sociodemographic and epidemiological prevalence of ostomy shows female predominance of older adults, colorectal cancer as the main cause for the realization of the stoma and colostomy as the predominant type of ostomy. It appears that the focus of this issue is still of scientific infancy, with specific studies, little comprehensive and low regularity. It is suggested that further studies be conducted to support improved health care user.

Key Words: Colostomy, Nursing, Health profile, Literature Review.

RESUMO

Uma análise acerca do perfil de estomizados, através de estudos multicêntricos que reatrem as características específicas desses pa-

cientes, contribui para o atendimento de suas reais necessidades e para o direcionamento de políticas públicas e de saúde para melhoria da qualidade de vida dessa clientela. Este estudo objetiva investigar a produção científica acerca do perfil de pacientes estomizados, no período de 2004 a 2012. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada por meio de busca eletrônica nas bases: Lilacs, Scielo, Bdenf e na Revista Estima, por tratar-se de um periódico especializado da Sociedade Brasileira de Estomaterapia. Fizeram parte da amostra dez artigos que contemplaram os critérios de inclusão. Identificou-se que todos os estudos foram realizados no Brasil, em estados e regiões diversas e a grande maioria por enfermeiros. O perfil sociodemográfico e epidemiológico dos estomizados mostra prevalência do sexo feminino, com predomínio de adultos e idosos, o câncer colorretal como principal causa para realização do estoma, e a colostomia como tipo de estomia predominante. Verifica-se que o foco desta temática ainda apresenta uma produção científica incipiente, com estudos pontuais, pouco abrangentes e baixa regularidade. Sugere-se que sejam realizados novos estudos para subsidiar uma melhor qualificação da assistência ao usuário.

Palavras-chave: Colostomia, Enfermagem, Perfil de saúde, Revisão da literatura.

RESUMEN

Mediante el análisis sobre el perfil de estomía en los estudios multicéntricos que describen las características específicas de estos pacientes ostomizados, se contribuye a la satisfacción de sus necesidades reales y la focalización de las políticas públicas y de salud para mejorar la calidad de vida de los mismos. Este estudio tiene como objetivo investigar el perfil científico de los pacientes ostomizados en

el período 2004-2012. Se trata de una revisión integradora de la literatura realizada por una búsqueda electrónica en las bases de datos: Lilacs, scielo, Bdenf y la revista Estima, porque es una revista especializada de la Sociedad Brasileña de estomaterapia. La muestra estuvo conformada por diez artículos que contemplan los criterios de inclusión. Todos los estudios se llevaron a cabo en Brasil en diversos estados y regiones y la gran mayoría de las enfermeras. La prevalencia sociodemográfica y epidemiológica de los pacientes ostomizados muestra predominio femenino de adultos mayores, el cáncer colorrectal es la causa principal para la realización del estoma y colostomía como el tipo predominante de ostomía. Parece que el enfoque de este tema sigue aún en un período de relativa infancia científica, con estudios de escasa y baja regularidad. Se sugiere que otros estudios se llevaron a cabo con la finalidad de apoyar un mejor cuidado de la salud del usuario.

Palabras-clave: Colostomía, Enfermería, Perfil de salud, Revisión de la Literatura.

INTRODUÇÃO

A estomia é caracterizada como a exteriorização de um órgão interno para a superfície corporal, realizada por meio de ato cirúrgico, com a finalidade de desviar o trajeto fisiológico comprometido por alguma doença ou agravo. Possuem causas diversas e são classificadas conforme a finalidade do órgão afetado e designadas de acordo com o nome do segmento exteriorizado.

As estomias de eliminação intestinal são as mais frequentes, especialmente as colostomias, as quais são realizadas no intestino grosso e as ileostomias no intestino delgado. Podem ocorrer em todas as fases da vida, desde o neonato,

crianças, adolescentes, adultos e principalmente os idosos, por patologias diversas, como as: anomalias congênicas, traumatismos abdominais, doenças inflamatórias intestinais: como a doença de Crohn, retocolite ulcerativa e diverticulite, assim como as neoplasias benignas e o predominantemente, câncer colorretal, entre outras (Macêdo; Nogueira; Luz, 2005).

Conforme a etiologia, condição clínica do paciente e circunstâncias envolvidas as estomias podem ser definitivas quando há impossibilidade de reestabelecimento do trajeto intestinal ou temporárias que são realizadas, geralmente com a finalidade de proteger uma anastomose e posteriormente, ser reestabelecido a continuidade do trânsito intestinal normal (Oliveira et al, 2010). A estomia de eliminação devido a inexistência do esfíncter, conduz o paciente à perda do controle voluntário das suas eliminações fisiológicas e dependência de equipamentos coletores denominados bolsas de estomias, situação esta, em que delinea uma denunciadora alteração da imagem corporal e auto-estima, o que pode configurar em uma mutilação sofrida, afetar o contexto social e a aptidão produtiva/laborativa (Barbutti; Silva; Abreu, 2008).

As necessidades de cuidados à pessoa estomizada caracteriza-se como um desafio para equipe multidisciplinar em sua abordagem terapêutica (Stumm; Oliveira; Kirschner, 2008). Essa condição implica, portanto, na busca de adequações em seu estilo de vida, que se reflete no aspecto fisiológico, psicológico e social e se traduz na relevância do processo de reabilitação a ser implementado a partir do diagnóstico clínico, e na atenção continuada e permanente a fim de melhorar a qualidade de vida dessa clientela.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem como meta na sua atuação a sa-

tisfação das necessidades de saúde do paciente, bem como a resolutividade dos problemas e manutenção da autonomia (Freitas, 2008). Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de um cuidado integral, humanizado e sistematizado, com a implementação de estratégias de ensino, apoio e acompanhamento do autocuidado com a finalidade de promover e manter a saúde, evitar possíveis complicações e contribuir para reabilitação mediante a superação das dificuldades, conquista da autonomia, independência, reinserção e bem estar social, e principalmente, assegurar direitos de acesso aos serviços e garantia de boa qualidade de vida do estomizado.

Uma análise do perfil de estomizados, contribuirá para obtenção de dados de relevante importância pelo dimensionamento de suas características e necessidades para direcionar políticas de saúde e sociais, melhoria do desempenho técnico-científico dos profissionais que implica em intervenções efetivas assim como, fonte de informação e conhecimento para desenvolvimento de estudos futuros.

O presente estudo busca responder a seguinte questão: Qual o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes estomizados? E tem como objetivo analisar o perfil de pacientes estomizados conforme a produção científica disponível em periódicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual permite uma análise da literatura e contribui para síntese sobre métodos, resultados, discussão e conclusão de pesquisas relacionadas a um tema proposto (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Foi realizada conforme as etapas pré-estabelecidas: identificação do tema ou ques-

tionamento da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações a serem extraídas, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A pesquisa ocorreu no período de maio a junho de 2013, sequencialmente nos bancos de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library On line (SciELO), Base de dados da enfermagem (Bdenf), com os seguintes descritores: ostomia, colostomia, perfil de saúde; e na Revista Estima por tratar-se de um periódico especializado da Sociedade Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados no período de 2004 a 2012, com resumo e texto completos disponíveis on line, idiomas em português ou espanhol, que retratassem no título, resumo e discussão, análise do perfil de pacientes estomizados. Critérios de exclusão: artigos encontrados em duplicidade e que não atenderam as questões e objetivos do estudo.

Para obtenção dos dados foi utilizado um formulário, baseado em instrumento previamente validado, adaptado pelos autores, o qual se constitui por informações gerais sobre os estudos selecionados para sintetizar as informações, como: base de dados, nome do periódico, título do artigo, primeiro autor, categoria profissional, ano de publicação, estado, região e país, delineamento da pesquisa e nível de evidência dos estudos (Stetler et al, 1998). Assim como dados sociodemográficos dos estomizados: sexo, faixa etária, escolaridade, renda salarial e dados epidemiológicos: causa básica da ostomia e tipo de ostomia.

RESULTADOS

Foram encontrados no total, 45 estudos, dos quais 42 nas bases de dados: Lilacs (23),

SciELO (15) e Bdenf (4) e 3 na Revista Estima da SOBEST. Foram excluídos 35 por se encontrarem em duplicidade ou não corresponderem às questões norteadoras e objetivos propostos.

Desse modo, foram selecionados 10 artigos, sendo 5(50 %) na Lilacs, 1(10%) na SciELO, 1(10%) na Bdenf e, 3(30%) no periódico da SOBEST. Portanto, houve predominância de artigos na base de dados Lilacs e no periódico da SOBEST, com 80% dos estudos selecionado (Quadro 1).

Após leitura, análise e síntese dos 10 artigos selecionados e os dados produzidos mediante instrumento previamente elaborado, os estudos foram caracterizados conforme se observa no Quadro 2. Verifica-se que, considerando o periódico de publicação a metade (50%) dos artigos encontram-se em revistas especializadas: 30% na Revista Estima e 20% na Revista Brasileira de Coloproctologia, sendo a primeira vinculada a área de enfermagem e a segunda a área médica. Quanto aos demais periódicos, 10% na Revista Eletrônica de Enfermagem, 10% na Texto & Contexto em Enfermagem, 10% em um periódico espanhol Gerokomos, 10% na Scientia Medica e 10% na Cogitare Enfermagem. Quanto à categoria profissional dos autores verifica-se que a maioria dos artigos (90%) foram realizados por enfermeiros e apenas 1(10%) por médicos.

Todos os estudos foram realizados no Brasil, embora um deles se encontre publicado em um periódico espanhol. Quanto à região geográfica, 30% foram desenvolvidos na região sul do país, 30% na região nordeste, 20% na região sudeste, 10% na região norte e 10% na região centro-oeste.

Quanto a ano de publicação houve predomínio no período de 2007 a 2010, totalizando 08 artigos, distribuídos em duas publicações

por ano, em seguida uma no ano de 2005 e outra em 2012. Porém, ressalta-se que não se encontrou nenhuma publicação nos anos de 2004, 2006 e 2011.

Em relação ao delineamento da pesquisa, todos os estudos (100%) foram pesquisa de campo, original, com análise quantitativa dos dados, sendo em 50% a coleta de dados realizada por meio de pesquisas direta junto aos estomizados e 50% mediante análise documental retrospectiva em prontuários. Quanto à avaliação do nível de evidencia, todos os estudos (100%) apresentam nível IV, ou seja, estudos descritivos, com delineamento não experimental (Quadro 2).

Mediante aos aspectos sociodemográficos (Tabela 1), verificou-se que em relação ao gênero 60% dos estudos apontaram a predominância do sexo feminino. Quanto à faixa etária, as pesquisas se apresentam bastantes diversificadas em relação aos resultados, porém mediante análise, 70% dos estudos apresenta a faixa etária predominante ≥ 40 anos e 30% com a idade igual ou superior a 60 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria (60%) não apresentou esse registro para análise, porém 20% dos estudos apresentaram pacientes que predominantemente possuíam apenas o ensino fundamental completo, e os outros 20% o ensino fundamental incompleto. Ressalta-se que um estudo aponta igualdade dos resultados para analfabetos e ensino fundamental incompleto (Luz et al, 2009), porém os autores deste artigo, ressaltaram como critério o maior nível de escolaridade, ou seja, o ensino fundamental incompleto.

No tocante à renda salarial 40% dos estudos não apresentavam resultados referentes a variável, sendo que em 60% verifica-se uma predominância de poder aquisitivo entre um e três salários mínimos.

Tabela 1: Caracterização do perfil sociodemográfico de pacientes estomizados conforme os artigos publicados de 2004 a 2012. (n=10)

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	4	40,0
Feminino	6	60,0
		Continua
Faixa etária		
≥ 40 anos	7	70,0
≥ 60 anos	3	30,0
Nível de Escolaridade		
Ensino fundamental completo	2	20,0
Ensino fundamental incompleto	2	20,0
Sem registro	6	60,0
Renda salarial		
1-3 salários mínimos	6	60,0
Sem registro	4	40,0

Quanto ao perfil epidemiológico, 80% dos estudos selecionados evidenciaram a neoplasia maligna colorretal como principal etiologia para realização da estomia, 10 % fatores clínicos e 10% não foi evidenciado a causa especificamente no estudo. Considerando o tipo de estomia predominante, todos os estudos (100%) apontaram a colostomia.

DISCUSSÃO

Os estudos que abrangem essa temática apresentam características específicas conforme análise realizada, pois se verifica a grande diversidade distribuídas nas cinco regiões do território brasileiro, com predomínio na região sul e nordeste. Também ressalta-se a importância das publicações em revistas especializadas e a grande preocupação dos enfermeiros na investigação dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos dos estomizados. Entretanto destaca-se que a falta de padroniza-

ção em relação à faixa etária, limita a avaliação dos estudos, e outra característica de importância fundamental relaciona-se com a baixa amostra de pacientes submetidos às pesquisas realizadas.

Em análise aos estudos, observou-se que o paciente submetido a um processo de estomização apresenta determinadas peculiaridades em relação aos seus fatores sociodemográficos e epidemiológicos: predomínio do gênero feminino, idade avançada; assim como o baixo nível de escolaridade e renda salarial; a neoplasia maligna colorretal e a colostomia.

No tocante ao sexo, os estudos apontam o gênero feminino predominante para realização do estoma, assim como sua associação ao câncer colorretal, resultado que vem ao encontro com as estimativas de casos novos de câncer de colón e reto no Brasil em 2012 (Inca, 2012), que é de 14.180 casos em homens, correspondente a 15 casos novos a cada 100 mil, e 15.960 casos em mulheres, o que corresponde a 16 casos novos a cada 100 mil.

Entretanto estudos relatam que o câncer de colón incide na mesma proporção entre homens e mulheres, e que no segmento retal é mais frequente na população masculina, e que em relação a esse aspecto existem divergências, pois pesquisam evidenciam certa homogeneidade em relação ao sexo, mas demonstram a predominância do sexo masculino levando-se em conta as causas externas (Macêdo; Nogueira; Luz, 2005; Mantovani et al, 2007).

Em relação à faixa etária, os estudos demonstraram o predomínio de adultos e idosos, em que se verifica uma maior concordância entre as neoplasias e os estomizados com idade superior aos 40 anos tendo que o aumento da incidência pode ser exponencial, conforme o avanço da idade, de tal forma que o envelhecimento apresenta-se como um fator de risco



para o desenvolvimento da neoplasia e consequentemente a possibilidade de realização do estoma.

O critério socioeconômico conjuntamente com o nível de escolaridade tem importância significativa na análise do perfil dessa clientela, pois são determinantes sociais da saúde e relacionam-se com o contexto social e políticas públicas voltadas ao estomizado. O baixo poder aquisitivo evidenciado neste estudo vai influenciar nos níveis de saúde do paciente submetido a uma estomização, pois poderão apresentar dificuldades para adquirir dispositivos coletores e adjuvantes imprescindíveis para uma boa qualidade de vida, e de extrema importância para o processo reabilitatório do paciente (Fernandes; Miguir; Donoso, 2010; Silva; Silva; Cunha, 2012). Entretanto cabe destacar, o papel dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro no sentido de encaminhar formalmente os pacientes aos polos de distribuição de materiais oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O baixo nível de escolaridade se torna um dado preocupante, pois quanto menor o grau de instrução maior é a dificuldade de acesso ao conhecimento a cerca do processo da doença, tendo que o paciente se torna sujeito passivo, alienado e não questionador de seu tratamento

Ao analisar a principal causa patológica associada ao estoma, a neoplasia maligna colorretal, mostrou-se coerente aos elevados índices de pacientes com estomias intestinais, pois abrange tumores do intestino grosso (colon) e o reto (Violini; Mathias; Uchimura, 2008), sendo que maioria dos casos que envolvem a intervenção cirúrgica no tratamento do câncer colorretal resultam consequentemente na formação da colostomia, segmento do colón do intestino grosso classificado como o tipo de ostoma exteriorizado que ocorre com maior frequência, com o objetivo de eliminação fecal.

Estudo aponta a região do sigmoide e o colón descendente como os locais mais frequentes para o surgimento do câncer, seguidos do colón ascendente e transversa (Macêdo; Nogueira; Luz, 2005). É importante ressaltar que a causa também pode estar relacionado com o comportamento e o contexto social populacional, pois pesquisa que envolve o cenário de emergência apresentam como causa básica para realização do estoma, os traumas e a violência (Luz et al, 2009).

Contudo ressalta-se a extrema importância da equipe multidisciplinar, em especial o enfermeiro, que atua no processo de reabilitação, tendo que adequar-se a uma linguagem acessível de tal forma a favorecer o autocuidado e segurança do paciente como fator preponderante em sua recuperação. Estudo de Moraes et al (2009) evidencia que praticamente 50% dos pacientes que se submetem ao processo de estomização necessitam de cuidados específicos, de auxílio em relação ao autocuidado e acompanhamento interdisciplinar; o trabalho mostrou o enfermeiro como profissional habilitado a proporcionar um cuidado eficiente, favorecendo o processo de autonomia e reabilitação do paciente.

De maneira conjunta com a equipe interdisciplinar na elaboração dos planos de cuidados, o enfermeiro visa às orientações ao paciente sobre uma melhor compreensão da estomia, seu tratamento, autocuidado com a finalidade de evitar possíveis complicações, como: dermatite periestomal, retração, prolapso, necrose isquêmica, entre outras (Santos et al, 2007; Souza et al, 2010), e busca resoluções priorizando a esfera física, psicossocial e emocional, que juntamente com o suporte familiar terão influencia significativa no processo de reabilitação do paciente estomizado.

CONCLUSÃO

Verifica-se que o foco desta temática ainda apresenta uma produção científica incipiente, com estudos pontuais, pouco abrangentes e baixa regularidade. O que implica a necessidade dos profissionais, em especial o enfermeiro que lida diretamente com o paciente, levantar questões que contribuam para uma política de implementação nacional a esse grupo específico de pacientes.

Diante disso, torna-se imperioso evidenciar análises sociodemográficas e epidemiológicas, de tal modo a fornecer subsídios, conhecimentos e com a finalidade de traçar o planejamento da assistência, com incorporação dos fundamentos necessários aos profissionais das características fundamentais dos clientes estomizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbutti, R.C.S; Silva, M.C .P; Abreu, M.A.L. (2008) Ostomia, uma difícil adaptação. Rev. SBPH. 11(2): 27-39.
- Fernandes, R.M; Miguir, E.L.B; Donoso, T.V. (2010) Perfil da clientela estomizada residente no município de ponte nova, Minas gerais. Rev. Bras. Coloproct. 30(4): 385-92.
- Freitas, G. F. (2008) Bioética no cuidado e direitos dos pacientes e familiares. Cultura de los cuidados. Año XII

- (24): 75-81. Disponível em: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/308>>. Acesso em: 06 Nov. 2013.
- Inca. Instituto Nacional do Câncer; Ministério da saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil; 2013. [acessado em 2013 jun 27]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>.
 - Luz, M.H.B.A. et al. (2009) Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital publico de Teresina-PI. Texto & contexto enferm. 18(1): 140-6.
 - Macêdo, M.S; Nogueira, L.T; Luz, M.H.B.A. (2005) Perfil dos estomizados atendidos em Hospital de referencia em Teresina. Revista Estima. 3(4): 25-8.
 - Mantovani, M.F. et al. (2007) O perfil dos usuários cadastrados na Associação Paranaense de estomizado - APO. Cogitare enferm. 12(1): 76-81.
 - Mendes, K.D; Silveira, R.C.C.P; Galvão, M.C. (2008) Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 17(4): 758-64.
 - Moraes, J.T. et al. (2009) Caracterização dos estomizados atendidos pela secretaria municipal de saúde de Divinópolis- MG. Revista Estima. 7(3): 31-37.
 - Oliveira, G. et al. (2010) Impacto da ostomia: sentimentos e habilidades desenvolvidas frente à nova condição de vida. Revista Estima. 8(1): 19-25.
 - Santos, C.H.M. et al. (2007) Perfil dos pacientes ostomizado e complicações relacionadas ao estoma. Rev. Bras. Coloproct. 27(1): 16- 9.
 - Silva, A.C; Silva, G.N.S; Cunha, R.R. (2012) Caracterização das pessoas estomizadas atendidas em consulta de enfermagem em serviço de estomaterapia do município de Belém- PA. Revista Estima. 10(1): 12-9.
 - Souza, A.P.M.A. et al. (2010) Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados- João Pessoa, Brasil. Gerokomos. 21(4): 183-90.
 - Stetler, C.B. et al. (1998) Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 11(4): 195-206.
 - Stumm, E.M.F; Oliveira, E.R.A; Kirschner, R.M. (2008) Perfil de pacientes estomizados. Sci. med. 18(1): 26-30.
 - Violini, M.R; Mathias, T.A.F; Uchimura, T.T. (2008) Perfil de clientes colostomizados inscritos em programa de atenção ao estomizado. Rev. Eletrônica Enferm. 10(4): 924- 32.

Quadro 1: Distribuição dos estudos encontrados e selecionados, segundo as bases de dados.

BASE DE DADOS	ARTIGOS ENCONTRADOS	ARTIGOS SELECIONADOS	%
LILACS	23	5	50%
SCIELO	15	1	10%
BDENF	4	1	10%
SOBEST	3	3	30%
TOTAL	45	10	100%

Quadro 2: Caracterização dos artigos selecionados conforme as variáveis do estudo.

Nº de ordem	Periódico	Título	Estado /Região /Pais/Ano	Delineamento da pesquisa
01	Revista Estima	Perfil dos estomizados atendidos em hospital de referência em Teresina	Piauí/ Nordeste Brasil/ 2005	Estudo quantitativo/ pesquisa de campo
02	Rev. Bras. Coloproct.	Perfil de paciente ostomizado e complicações relacionadas ao estoma	Mato grosso do sul/ centro- oeste Brasil/2007	Estudo quantitativo/ documental
03	Cogitare Enferm.	Perfil dos usuários cadastrados na associação Paranaense de ostomizado	Paraná/Sul Brasil/ 2007	Estudo quantitativo/ documental
04	Scientia Médica	Perfil de paciente ostomizado	Rio grande do Sul/ Sul/Brasil/2008	Estudo quantitativo documental
05	Rev. Eletr. Enf.	Perfil de clientes colostomizados Inscritos em um programa de atenção ao estomizado	Paraná/ Sul / Brasil/2008	Estudo quantitativo/ documental
06	Texto& Contexto Enf.	Caracterização dos pacientes submetidos estomas intestinais em um hospital Publico de Teresina-PI	Piauí/ Nordeste Brasil/ 2009	Estudo quantitativo/ pesquisa de campo
07	Revista Estima	Caracterização dos estomizados atendidos pela secretaria Municipal de saúde de Divinópolis-MG	Minas Gerais/sudeste Brasil/ 2009	Estudo quantitativo/ pesquisa de campo
08	Rev. Bras. Coloproct.	Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais	Minas Gerais/sudeste Brasil/ 2010	Estudo quantitativo pesquisa de campo

Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres

Factors influencing the decision to use epidural anesthesia for women

Fatores que influenciam a decisão de usar anestesia peridural para mulheres

María Josefa Campoy Quesada¹ y Juan Pedro De Haro García²

¹Diplomada Universitaria en Enfermería en Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia y Máster en Salud, Mujer y Cuidados.

²Diplomado Universitario en Enfermería en Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

Cómo citar este artículo en edición digital: Campoy Quesada, M^a.J. y De Haro García, J.P. (2014) Factores que influyen en la decisión de utilizar anestesia epidural en las mujeres. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 39.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.14>

Correspondencia; C/ Calderón de la Barca, N°32, Bullas (Murcia) C.P. 30180

Correo electrónico: marijoseck@hotmail.com

Recibido: 01/12/2013; Aceptado: 14/04/2014



ABSTRACT

Justification: Immigration in Spain is a very important phenomenon which reverberates in the field of the health.

Objective: To investigate the relation between the choice of epidural anesthesia and the nationality of the women, and in turn, to observe if other factors also influence this decision.

Design and Methodology: Quantitative, cross-sectional and descriptive study of 634 women who have given birth at the Northwestern Hospital in the Region of Murcia. The variables selected were: obstetric history, age, type of anesthesia, the nationality of women and reasons of rejection of epidural anesthesia.

Results: The 8, 51% of women who have given birth in the Northwestern Hospital in the Region of Murcia in 2010 were immigrants. As for nationality, 20, 37% of women immigrants have not used any type of anesthesia. We found a significant difference with the Spanish immigrant women in which only 4, 31% rejected ($P < 0,001$). In relation to abortions, women who do not prefer any anesthesia are those who do have abortions ($P < 0, 05$). Younger ages for women, 16 to 25 years, is associated with no use of epidural anesthesia ($P < 0, 05$).

Conclusion: Immigrant women make less use of epidural anesthesia. It is a challenge for nurses to learn the different cultures and to carry out work in an increasingly multicultural society.

Keywords: immigrants, epidural anesthesia, transcultural nursing.

RESUMO

Justificação: Imigração na Espanha é um fenômeno muito importante que afeta a área da saúde.

Objetivo: Investigar a relação entre a escolha de anestesia peridural ea nacionalidade da mulher, e por sua vez, para ver se outros fatores também influenciam esta decisão.

Projeto e Metodologia: quantitativa, o estudo descritivo transversal de uma amostra de 634 mulheres que deram à luz no Hospital da Região Noroeste de Múrcia. As variáveis seleccionadas foram: história obstétrica, idade, tipo de anestesia, as mulheres nacionais e motivos da recusa da anestesia epidural.

Resultados: 8,51 % das mulheres que deram à luz no hospital da Região Noroeste de Murcia em 2010 eram imigrantes. Em relação a nacionalidade, 20,37% das mulheres imigrantes não usaram nenhuma anestesia. Encontramos uma diferença significativa com nenhuma mulher imigrante espanhol em que apenas 4,31% rejeitados ($P < 0,001$). No que diz respeito ao aborto, as mulheres que não preferem qualquer anestesia são aqueles que têm abortos ($P < 0,05$). Jovens mulheres com idades entre 16 a 25, não estava relacionado com o uso de anestesia epidural ($P < 0,05$).

Conclusão: As mulheres imigrantes fazem menos uso de anestesia epidural. É um desafio para a enfermeira aprender diferentes culturas e obter o seu trabalho em uma sociedade cada vez mais multicultural.

Palavras-chave: imigrantes, a anestesia epidural, enfermagem transcultural.

RESUMEN

Justificación: La inmigración en España es un fenómeno de gran importancia que repercute en el área de la salud.

Objetivo: Investigar la relación entre la elección de la anestesia epidural y la nacionalidad de la mujer, y a su vez, observar si influyen además otros factores en esta decisión.

Diseño y Metodología: Estudio cuantitati-

vo, transversal y descriptivo con una muestra de 634 mujeres que han dado a luz en el Hospital del Noroeste de la Región de Murcia. Las variables seleccionadas fueron: antecedentes obstétricos, edad, tipo de anestesia, nacionalidad de la mujer y motivo por el rechazo de la anestesia epidural.

Resultados: El 8,51% de las mujeres que dieron a luz en el hospital del Noroeste de la Región de Murcia durante el año 2010 fueron inmigrantes. En cuanto a la nacionalidad, el 20,37% de las mujeres inmigrantes no han utilizado ningún tipo de anestesia. Se ha encontrado una significativa diferencia con las mujeres no inmigrantes españolas en las que sólo el 4,31% la rechazó ($P < 0,001$). En relación a los abortos, las mujeres que no prefieren ningún tipo de anestesia son aquellas que sí han tenido abortos ($P < 0,05$). Las edades más jóvenes de las mujeres, de 16 a 25 años, se relaciona con el no uso de la anestesia epidural ($P < 0,05$).

Conclusión: Las mujeres inmigrantes hacen menos uso de la anestesia epidural. Es un reto para la enfermera aprender las diferentes culturas ya que realiza su trabajo en una sociedad cada vez más multicultural.

Palabras clave: inmigrantes, anestesia epidural, enfermería transcultural.

INTRODUCCIÓN

La migración es un tema cada vez más importante en nuestro país, ya que la situación geográfica y económica de España la convierte en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios. Las comunidades con mayor porcentaje de extranjeros son Cataluña (866.800 y 12,2%), Madrid (695.600 y 11,8%), Comunidad Valenciana (641.000 y 13,4%), Región de Murcia (181.800 y 13,3%) e Islas Baleares (153.700 y 15,6%). (Fernández, 2006)

Actualmente, la inmigración en nuestro país ha aumentado de un modo considerable constituyendo un fenómeno muy importante, el cual repercute también en el área de la salud. Por lo tanto, es fundamental conocer sus características y así poder ofrecer una asistencia más adecuada y adaptada a sus necesidades, como es el mejor seguimiento y una mejor atención a las madres gestantes y a sus recién nacidos. Entre el 60 y 80% de las mujeres que emigran hacia nuestro país tienen edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, es decir, en plena edad fértil, lo cual queda de manifiesto por el notable aumento de nacimientos procedentes de madres extranjeras que se está produciendo en España. (Manzanares, 2008). Por tanto, la asistencia y cuidado en el parto es una demanda prioritaria en este colectivo.

Debido a esto, no podemos olvidar que nuestra sociedad cada vez está siendo más multicultural, por lo tanto es fundamental que las enfermeras sean sensibles a las particularidades de cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud determinan las expectativas de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería. Por otra parte, las intervenciones de enfermería que incorporan prácticas específicas culturalmente adaptadas producen mayores satisfacciones en los clientes. (Amezcuca, 2003).

En general uno de los mayores obstáculos con los que se encuentran todos los inmigrantes a la hora de recibir una atención sanitaria es el idioma. Debido a este problema habría que potenciar recursos para su solución y de entre ellos podría contemplarse la necesidad de que en todos los servicios sanitarios se encuentre la presencia de una mediadora cultural, que conozca todos los aspectos y características de las diferentes culturas y así poder solucionar muchos de los problemas que surgen cada día.

Este nuevo sistema, que ya funciona en muchos hospitales de nuestro país, ha recibido una gran acogida por parte de los servicios médicos y de los pacientes. (www.centrodesalud.net, 2010). Otra estrategia importante para enfrentarse a la presente sociedad multicultural sería poner énfasis en la necesaria participación de enfermería junto con otros profesionales del ámbito socio-sanitario en el diseño e implementación de programas gubernamentales de atención a la población inmigrante. (Amezcuca, 2003). Fundamentalmente, la función de los profesionales de enfermería debe ser de ayuda y colaboración. Debe informar, asesorar, aclarar todo tipo de dudas, como por ejemplo, las inquietudes que surgen con la decisión de usar la anestesia epidural o no. Para ofrecer cuidados culturalmente adecuados, los profesionales han de poseer conciencia cultural y sensibilidad cultural. Estas dos actitudes son vitales para conseguir una adecuada comunicación intercultural. (Pallarés, 2005).

El origen del tratamiento del dolor en el proceso del parto es tan antiguo como la humanidad (Molina, 1999). No obstante, la utilización de la analgesia epidural para este hecho se popularizó en España desde finales del siglo pasado (Torres, 1999). Para impulsar definitivamente su difusión, en España, las administraciones de las comunidades autónomas con competencias en salud han regulado su utilización, fundamentalmente durante la década de los noventa del pasado siglo (Biedma, 2010).

El grado de satisfacción es alto, un 70% muy satisfactorio. El valor más fiable es la respuesta afirmativa de todas las parturientas a repetir la analgesia epidural en un próximo parto (Campuzano, 2007). La identificación de las causas de la negativa de las mujeres inmigrantes a admitir el uso de la anestesia epidural se ha considerado como una necesidad, ya

que el aumento de utilización de esta técnica ayudaría a la mujer a percibir el parto como algo agradable y le ayudaría a ser consciente en todo momento de la importancia de ese acontecimiento para ella misma.

Por todo lo expuesto anteriormente, en el uso de la analgesia epidural también influyen estos aspectos, es decir, por la falta de conocimientos o por la dificultad de expresarse con los profesionales sanitarios, las mujeres inmigrantes prefieren no elegir este tipo de anestesia porque creen que no van a sentir el parto igual, creen que tienen que pagar por ello, que van a tener muchas complicaciones, etc.

El objetivo de este estudio es investigar la relación entre la elección de la anestesia epidural con la nacionalidad de la mujer, y a su vez, observar si además influyen, otros factores en esta decisión. Los sujetos a estudiar son todas las mujeres que den a luz en el Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia durante el año 2010. Se observarán unas variables y se analizarán si tienen relación con el uso de la anestesia epidural. Puede ser interesante conocer si las mujeres de otros países la utilizan menos que las españolas ya sea por motivos personales, culturales o sociales.

METODOLOGÍA

En el Noroeste de la Región de Murcia, el cual abarca cinco zonas básicas de salud (Bullas, Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehegín y Moratalla), había censados un total de 74.467 habitantes, en el año 2010. De éstos, 8.423 eran inmigrantes, lo que supone un 11,31% de la población. En la población inmigrante del Noroeste de la Comunidad de Murcia, en el año 2010, había 3.791 mujeres inmigrantes, de las cuáles 2.881 tenían edades comprendidas entre los 16 y 64 años, lo cual representa un 75,99% de la población. Estos

datos indican que el número de partos que se producen en este municipio aumenta por la causa de embarazos de las mujeres inmigrantes. La existencia de una sociedad multicultural es una realidad creciente en nuestra comunidad (Monzón, 2006).

En el gráfico 1 se representa la muestra, es decir, el porcentaje de población del Noroeste: mujeres no inmigrantes españolas e inmigrantes que han dado a luz en el Hospital de Caravaca de la Región de Murcia. El 91,48% (580 de 634 mujeres) corresponde a mujeres no inmigrantes españolas y el 8,51% (54 de 634 mujeres) a mujeres inmigrantes que han dado a luz en el Hospital de Caravaca. En total 643 mujeres dieron a luz en el Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, pero se han excluido 9 mujeres debido a que no están registrados los antecedentes obstétricos, por lo que se quedo en una muestra de 634 mujeres.

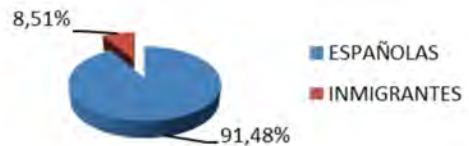


Gráfico 1: Muestra: mujeres no inmigrantes españolas e inmigrantes que han dado a luz en el Hospital de Caravaca de la Región de Murcia.

De éstas, 54 mujeres son inmigrantes, las cuales pertenecen a distintos países: 27 son sudamericanas (50%), 2 asiáticas (3,70%), 14 europeas (25,92%) y 11 africanas (20,37%). (Gráfico 2). Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo con la finalidad de conocer si existen diferencias en el uso de la anestesia epidural dependiendo de la nacionalidad, el número de abortos y la edad de la mujer. La población evaluada son

las mujeres que han dado a luz en el Hospital Comarcal de Caravaca (Murcia) en la planta de Maternidad, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 (N=634, 54 mujeres inmigrantes, las cuales representan el 8,51% del total, y 580 mujeres no inmigrantes españolas, el 91,48%). A este hospital acuden todas las mujeres que residen en la zona del Noroeste de la Región de Murcia. El análisis estadístico de datos se ha realizado mediante el programa informático SPSS, versión 15.

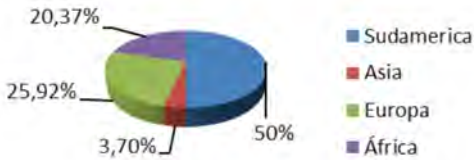


Gráfico 2: Nacionalidad de las mujeres inmigrantes

Para la descripción de las variables se ha utilizado la Chi Cuadrado de Pearson, y la tabla de contingencia. Para la realización de tablas y gráficos se ha seleccionado el programa Microsoft Excel.

El motivo por el cual las mujeres deciden no utilizar la anestesia epidural se ha representado en porcentajes.

Dicho estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Caravaca para poder utilizar los datos del programa Selene.

RESULTADOS

• Proporción de mujeres

- Mujeres que sí han utilizado la anestesia epidural: 598 (94,32%)
- Mujeres que no han utilizado la anestesia epidural: 36 (5,67%)

Con una confianza del 95%, la proporción de mujeres que piden la anestesia epidural en el Hospital Comarcal de la Región de Murcia, está comprendido entre 92,5%; 96,1%.

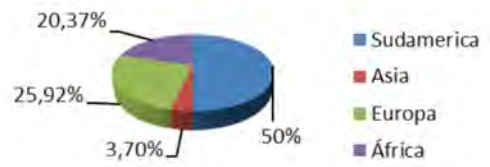


Gráfico 3: Porcentajes de la demanda de la anestesia epidural

• Nacionalidad

- Mujeres inmigrantes con epidural: 43 (79,62%)
- Mujeres inmigrantes sin epidural: 11 (20,37%)

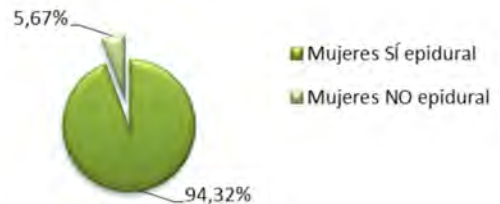


Gráfico 4: Porcentaje de mujeres inmigrantes con y sin anestesia epidural

Inmigrantes



Gráfico 5: Porcentaje de mujeres no inmigrantes españolas con y sin anestesia epidural

- Mujeres españolas con epidural: 555 (95,68%)
- Mujeres españolas sin epidural: 25 (4,31%)

• Relación de la nacionalidad de la mujer con el uso de la anestesia epidural, utilizando la tabla de contingencia con un análisis de residuos y la tabla de la Chi Cuadrado. (Tabla 1)

- Prueba chi cuadrada: $X^2_{exp}=20,886$ y $p<0,001$

Según los resultados obtenidos podemos afirmar que el uso de la anestesia epidural se relaciona con las mujeres no inmigrantes españolas y por lo tanto, quienes más rechazan esta anestesia son las mujeres inmigrantes.

• **Abortos**

- Mujeres con abortos que sí han utilizado la anestesia epidural: 117 (90,68%)
- Mujeres con abortos que no han utilizado la anestesia epidural: 12 (9,30%)



Gráfico 6: Porcentaje de mujeres con abortos, con y sin anestesia epidural

- Mujeres sin abortos que sí han utilizado la anestesia epidural: 481 (95,24%)
- Mujeres sin abortos que no han utilizado la anestesia epidural: 24 (4,75%)

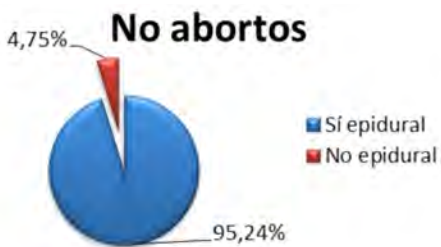


Gráfico 7: Porcentaje de mujeres sin abortos, con y sin anestesia epidural

• Relación del número de abortos de la mujer con el uso de la anestesia epidural utilizando la tabla de contingencia con un análisis de residuos y la tabla de la Chi Cuadrado. (Tabla 2)

- Chi cuadrada: $X^2_{exp}=3,972$ $p<0,05$

Mediante estas dos pruebas, se ha determinado si el número de abortos influye en la decisión de utilizar anestesia epidural durante el parto. El resultado es que las mujeres que sí prefieren anestesia epidural son aquellas que no han tenido abortos y por lo tanto, aquellas que deciden no utilizar ningún tipo de anestesia sí han tenido algún aborto.

• **Edad**

- Mujeres de 16-25 años que sí han utilizado la epidural: 88 (14,71%)
- Mujeres de 26-30 años que sí han utilizado la epidural: 130 (21,73%)
- Mujeres de 31-35 años que sí han utilizado la epidural: 221 (36,95%)
- Mujeres de más de 36 años que sí han utilizado la epidural: 159 (26,58%)



Gráfico 8: Porcentaje de mujeres con epidural, según rasgos de edad

- Mujeres de 16-25 años que no han utilizado la epidural: 11 (30,55%)
- Mujeres de 26-30 años que no han utilizado la epidural: 6 (16,66%)
- Mujeres de 31-35 años que no han utilizado la epidural: 11 (30,55%)
- Mujeres de más de 36 años que no han utilizado la epidural: 8 (22,22%)



Gráfico 9: Porcentaje de mujeres sin epidural, según rasgos de edad

- Relación edad de las mujeres y uso de la anestesia epidural, utilizando la tabla de contingencia con un análisis de residuos y la tabla de la Chi Cuadrado: (Tabla 3)

- Chi cuadrado: $X^2_{exp} = 10,187$ $p < 0,05$

Las mujeres que no prefieren utilizar anestesia epidural durante el parto son las más jóvenes, es decir, aquellas que tienen edades comprendidas entre 16-25 años. Sin embargo, las mujeres que más la solicitan durante el parto se corresponden al grupo de 31 a 35 años.

• Motivos

No se han registrado todos los motivos por los que las mujeres han rechazado la epidural pero según los datos recogidos se pueden clasificar en dos grupos:

- Parto urgente.
- No desea por motivos personales.

En este último punto deberíamos indagar más las causas así como registrarlas. En el año 2010 en el Hospital de Caravaca de la Cruz sólo se registro el 0,93% de los motivos.

DISCUSIÓN

Durante el año 2010, el 8,51% (N=54 mujeres) de las mujeres que dieron a luz en el Hospital de Caravaca de la Cruz eran inmigrantes. La evolución de la enfermería transcultural es necesaria ya que el 75,99% (2881 de 3791 mujeres inmigrantes) de la población inmigrante en el año 2010 correspondía a mujeres en edad fértil.

- La nacionalidad más frecuente es Sudamérica, perteneciendo a países como: Ecuador, Bolivia, Brasil, República Dominicana, Guatemala y Colombia.

- Entre el 92,5% y el 96,1% (N=598 mujeres) de las mujeres que han dado a luz en el hospital

de Caravaca de la Región de Murcia han elegido la anestesia epidural. Las mujeres inmigrantes son las que rechazan este tipo de anestesia.

- En cuanto a la nacionalidad de la mujer se ha observado que el 20,37% de las mujeres inmigrantes no han utilizado ningún tipo de anestesia habiendo una gran diferencia con las mujeres no inmigrantes españolas en las que sólo el 4,31% no la utilizó.

- Con los resultados obtenidos se puede afirmar que existe una relación entre el uso de la anestesia epidural y el número de abortos. Aquellas mujeres que no prefieren ningún tipo de anestesia son aquellas que sí han tenido abortos. En este estudio no hay una diferencia muy significativa respecto a los abortos entre las mujeres no inmigrantes españolas e inmigrantes. Se han encontrado algunos casos más de éstas últimas mujeres (el 22,22% se corresponde al número de abortos en mujeres inmigrantes frente al 20,17% en mujeres no inmigrantes española. Varios estudios (Manzanares, 2008; Instituto Nacional de Estadística, 2008-09; Sánchez, 2003; Marqueta, 2002), indican que las mujeres españolas tienen menos abortos que los inmigrantes debido a que estas mujeres tienen más problemas obstétricos y realizan menos consultas durante la evolución del parto que las autóctonas.

- Las mujeres que no prefieren la anestesia epidural durante el proceso del parto, según este estudio, son aquellas que están comprendidas en el rango de edad de 16 a 25 años.

- Los motivos por el que las mujeres no aceptaron la anestesia epidural no está registrada como debería, ya que sólo aparece en el 0,93% de los casos y de manera generalizada.

- Quizás los motivos de la mayoría de estas mujeres están relacionados con sus costumbres y culturas y tal vez por miedo a lo desconocido.

- La comunicación y una mente abierta son claves para el éxito de las intervenciones en Cuidados Culturales con los pacientes. La enfermera deberá ser capaz de adaptar las intervenciones de enfermería para evitar conflictos culturales, tras la comprensión del paciente de que la enfermera mantiene el respeto por su legado y la individualidad del paciente y su familia (Spector, 1999).

CONCLUSIONES

Se confirma con los resultados obtenidos que las mujeres inmigrantes hacen menos uso de la anestesia epidural. Respecto a los demás factores, las mujeres que han tenido algún aborto y aquellas con edades más jóvenes no eligen la anestesia epidural durante el parto.

Se considera fundamental la realización de Cuidados Culturales y ser sensibles hacia las diferencias cada vez mayores dada la proporción de inmigrantes estudiada. Es un reto para enfermería aprender acerca de las diferentes culturas ya que realiza su trabajo en una sociedad cada vez más multicultural.

Medidas a modo de propuesta de mejora en el cuidado a las mujeres inmigrantes:

- Reforzar la formación en enfermería transcultural.

- Reforzar el valor de los contenidos de antropología, inmigración, sociología, salud pública, cultura y cuidados de salud...en los planes de estudios.

- Aumentar la preparación y divulgación de folletos de educación sanitaria en distintas lenguas donde se explique: información sobre anticoncepción, el desarrollo normal de embarazo, consentimiento informado de analgesia epidural y en general todos los recursos sanitarios con los que se puede contar.

- Facilitar en la mujer la expresión de su forma cultural, por si es necesaria aplicarla durante el embarazo, parto o puerperio.

- Respetar y asumir aquellos conceptos y hábitos de su cultura que resulten saludables y ponerlos como ejemplo para incorporar los nuestros, de este modo se creará menor resistencia al cambio y mayor estímulo para adquirir hábitos saludables.

- Ejercer la coordinación enfermera con otras instituciones, servicios sociales, ONGS, asociaciones del propio colectivo, líderes comunitarios e imanes de las mezquitas porque nos facilitarán mucho el acercamiento y nos orientarán mejor sobre las estrategias más adecuadas para favorecer el cambio de hábitos.

- Actitud activa y participativa de los profesionales de enfermería a cualquier tipo de propuesta de cambio referido a la diversidad cultural.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. (2003) Conclusiones VIII Jornadas Científicas de la Fundación INDEX. "Cuidados de enfermería en una Sociedad Multicultural". Zaragoza. Rev. Índice de Enfermería. XII, 42.
- Biedma Velázquez, L; García de Diego, J.M; Serrano del Rosal, R. (2010) Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo del parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". Instituto de Estudios Sociales Avanzados – Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIS), Junta de Andalucía, España. Rev Soc Esp Dolor; 17 (1): 3-15.
- Campuzano, C. (2007) Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. Rev. Soc. Esp. Del Dolor, 14(2):117-124.
- Fernández Molina, M.A. (2006) Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. Cultura de los cuidados.10(20): 62-68.
- Manzanares Galán, S; López Gallego, F; Gómez Hernández, T; Martínez García, N; Montoya Ventoso, F. (2008) Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. Prog Obstet Ginecol.; 51 (4): 215-23.
- Marqueta, J.M; Romagosa, C. (2002) Diferencias de

- morbilidad obstétrica y perinatal entre la población autóctona y magrebí. Clin Invest Gin Obst. 29 (9): 318-28.
- Molina, F.J. (1999) Tratamiento del dolor en el parto. Rev Soc Esp Dolor; 6: 292-301.
- Monzón Fernández, A; Martínez Casamayor, F; Falcón Albero, A; Fernández Rodrigo, M^a.T. (2006) Estudio de las características de los partos de mujeres inmigrantes y autóctonas atendidos en el H.C.U. Lozano Blesa durante el año 2004. 1er. Premio Científico de Enfermería. Cuidando la salud. Revista científica de Enfermería. 6: 4-9.
- Pallarés Martí, A; Rifa Ros, R. (2005) Enfermería y multiculturalidad. Estrategia docente para afrontar la diversidad. Metas de Enfermería 8 (4): 16-19.
- Sánchez Fernández, Y; Muñoz-Ávalos, N; Pérez-Cuadrado, S; Robledo- Sánchez, A; Pallás-Alonso, C.R; de la Cruz-Bértolo, J. Et Al. (2003) Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. Prog Obstet Ginecol; 46 (10): 441-7.
- Spector, R.E. (1999) Teoría y método. Cultura, cuidados de salud y Enfermería. Cultura de los cuidados:3(6): 66-79. .
- Torres, A. (1999) Más sobre la anestesia epidural obstétrica. Rev Soc Esp Dolor; 6: 403-5.
- Centro de salud.net. 4/6/2010 disponible en: <http://www.centrodesalud.net/servicio-de-traduccion-en-los-hospitales/>

			Origen		Total
			Española	Inmigrante	
Epidural	SI	Recuento	555	43	598
	NO	Recuento	25	11	36
Total		Recuento	580	54	634

Tabla 1: Tabla de contingencia complementado con un análisis de residuos

			Aborto		Total
			SI	NO	
Epidural	SI	Recuento	117	481	598
	NO	Recuento	12	24	36
Total		Recuento Frecuencia esperada	129	505	634

Tabla 2: Tabla de contingencia complementado con un análisis de residuos

			Edad				Total
			16-25 años	26-30 años	31-35 años	Más de 36 años	
Epidural	SI	Recuento	88	130	221	159	598
	NO	Recuento	11	6	11	8	36
Total		Recuento	99	136	232	167	634

Tabla 3: tabla de contingencia complementado con un análisis de residuos

Miscelánea

Entrevista a Amaia Ibarrola Arana, enfermera española que ejemplifica la disposición y el gran dinamismo de los jóvenes profesionales españoles que van a trabajar a otros países

Cómo citar esta entrevista en edición digital: Siles González, J. (2014) Entrevista a Amaia Ibarrola Arana, enfermera española que ejemplifica la disposición y el gran dinamismo de los jóvenes profesionales españoles que van a trabajar a otros países. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.15>

Correo electrónico: aibarrolaa@gmail.com

Cuéntanos algo sobre tus principios como persona y como profesional: nacimiento, dónde se desarrolló tu infancia?

Nací el dos de junio de 1981, es decir, tengo 33 años en Vitoria (Álava), tengo un hermano menor (nos llevamos dos años) y desde que cumplí los 7 años nos fuimos a vivir a Pamplona ya que mis padres son navarros, mi madre de Pamplona y mi padre de Falces (un pueblo del sur de Navarra). Estudié en la Ikastola San Fermín hasta la universidad, obviamente en euskera, ahora lo tengo algo olvidado...

Personalmente siempre me he parecido más a mi padre a la hora de ser más aventurera, de buscar experiencias fuera de casa, de hecho con 11 años mis padres me enviaron a Irlanda durante un mes a casa de una familia para aprender inglés, después continué año tras año pero esta vez a Inglaterra. La experiencia estuvo muy bien, bueno y el inglés algo mejoró...

Desde pequeña quise estudiar Veterinaria, es una espina clavada que tengo ahí, pero bueno al final decidí estudiar enfermería en la Universidad de Navarra. Con prácticas desde el primer año en la Clínica Universitaria, yo ya tenía claro que me quería ir fuera de España a trabajar a ver que se movía por ahí...

¿Dónde realizaste tus estudios de enfermería?

En la Universidad de Navarra, acabe en 2005.

Relátanos una síntesis de tu experiencia laboral previa a tu salida de España.

Yo trabajé durante la carrera de enfermería en una pescadería. Estuve unos años trabajando durante el verano en las temporadas altas. Hasta realice un curso para poder cortar pescado!! Como enfermera mi primer trabajo fue directamente en Inglaterra.

Acabé la carrera en mayo, en junio fui a Madrid para realizar una entrevista con varios hospitales del Reino Unido ya que anteriormente existía un convenio entre España y Reino Unido. Me acuerdo que había muchísima gente, las condiciones de trabajo eran buenas, te pagaban el viaje, te recogían en el aeropuerto etc.. Eran para hospitales repartidos por todo UK, yo elegí Cardiff, Gales. La selección de personal se realizaba en un hotel, durante todo el día, nos hicieron una presentación de los distintos hospitales públicos (NHS) y luego tú elegías el que más te gustaba.

Fue mi primera entrevista en inglés como enfermera. Y me seleccionaron. En dos meses estaba ya preparando maletas para incorporarme.

Qué trabajos has desarrollado fuera de España ¿te ha costado adaptarte?

Como ya he comentado, mi primer trabajo fue en un hospital en Cardiff, Gales. Comencé como “new qualified Nurse”, es decir, recién salida de la carrera. Estuve trabajando en planta de rehabilitación geriátrica, mi trabajo consistía en ayudar a las auxiliares a preparar los baños de los pacientes, repartir la medicación, realizar curas, etc..

Me costó adaptarme por la barrera del idioma obviamente. Puedes saber inglés pero hasta que no estás delante del paciente o con tus compañeros que solo hablar inglés, no te das cuenta de lo que cuesta realmente y ese “sentirse extranjero” que nunca lo había vivido como profesional. No es lo mismo estar de estudiante que tienes tus responsabilidades “limitadas” que como enfermera firmando con tu “pin number”.

Para mi esa fue la etapa mas dura, los comienzos nunca son fáciles pero más cuando no tienes experiencia y hay mil términos en otro idioma a los que no estas acostumbrada. Y a partir de ahí mil anécdotas que contar claro..

Nos podrías decir las principales diferencias y semejanzas a nivel de enfermería en tus diferentes trabajos

Cuando yo empecé a trabajar como enfermera en UK vi que las enfermeras inglesas estaban mas centradas en la teoría y en firmar mil papeles que en ser mas resolutivas a la hora de sacar el trabajo. También la sub especialización que existe dentro de las enfermeras. Yo me acuerdo de mis practicas, en planta, hacíamos curas, cambiábamos sueros, calculabas los balances hídricos, cogías vías, etc...

En Uk no. Para cada cosa había una enfermera especializada en esa área, y tus funciones estaban limitadas. Me acuerdo que en UK nunca llegué a coger una vía, había que esperar al medico residente para que lo hiciera..

El trabajo en equipo. Otra de las cosas que a lo largo del tiempo trabajando como enfermera noté diferencia. En España nos apoyamos mas unas a otras. Somos mas un equipo para el bien del paciente. En cambio en el extranjero, tanto UK como Arabia Saudí lo primero es cubrirte las espaldas individualmente. Puedes pedir ayuda claro pero siempre pensando por ti primero.

Cuéntanos cómo fue lo de tu experiencia en Arabia como enfermera y como mujer

A pesar de la idea generalizada que tiene la mayoría de la gente sobre Arabia Saudí y su “trato hacia las mujeres” yo lo puedo contar desde mi experiencia es que estuve muy a gusto, me trataron muy bien y en ningún momento tuve la sensación de ser “menos” respecto a mi trabajo como enfermera y como mujer. Es cierto que tienes que saber sus costumbres pero en el hospital King Faisal en Riyadh aprendí muchísimo.

Soy enfermera de quirófano y anestesia y trabajo instrumentado cirugías. Mi especialidad es ginecología, obstetricia, pediatría, trasplantes renales, cirugía general, endoscopias, la verdad que he pasado por la mayoría de las especialidades quirúrgicas. En Riyadh aproveche la oportunidad de formación en mas especialidades y familiarizarme con equipos quirúrgicos como el “Da Vinci”, equipos laparoscópicos inalámbricos, y muchos mas avances tecnológicos que no había visto hasta entonces.

Trabajé con compañeros de diferentes nacionalidades, religiones y culturas, médicos cirujanos europeos (la minoría), jordanos, saudíes, etc. y éramos un equipo. Es verdad que cuesta adaptarse pero nadie dijo que iba a ser fácil.

¿Qué te gustaría hacer en el futuro?

Me gustaría seguir conociendo más hospitales, diferentes formas de trabajar sobre un mismo objetivo, el paciente. Seguir aprendiendo sin miedo y que te reconozcan esos aprendizajes.

De momento mi sitio está en Londres, pero no descarto trabajar en países como Qatar, Bahrein, etc..

Por ultimo me encantaría poder ayudar a aquellas personas que intentan encontrar su sitio profesionalmente, yo cuando salí fuera de España no encontré mucho apoyo a nivel profesional, y cuando decidí irme a Arabia saudí incluso

menos. Me gusta dar orientación a aquellos que pidan información, desde mi experiencia claro está.

Y también no me cansaré de repetir lo importante que es hablar idiomas!!!! El ingles para empezar pero cualquier idioma es una gran ayuda para el futuro si queremos salir fuera. Yo estoy aprendiendo árabe y francés....

Biblioteca comentada

CON TODO EL BARRO DE LA VIDA.

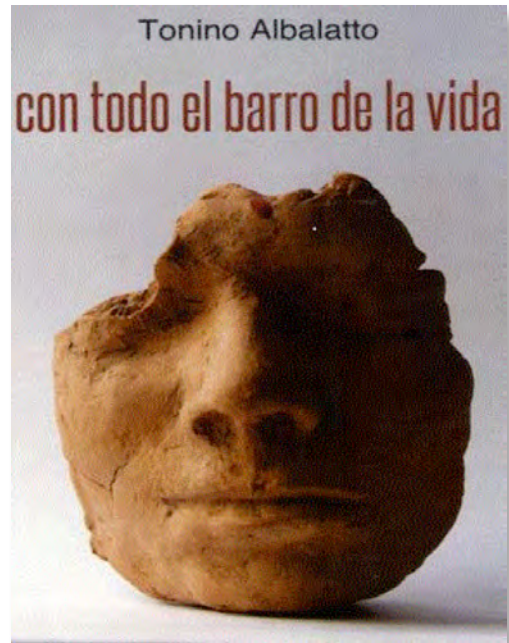
Tonino Albalatto (2014)

Raspabook editorial, Murcia. 69 páginas.

ISBN 13: 978-84-941372-3-5

Cómo citar esta entrevista en edición digital:
Siles González, J. (2014) Tonino Albalatto y “Con todo el barro de la vida”. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.16>
Correo electrónico: Antonio Marín Albalate <amalbalate@yahoo.es>

Tonino Albalatto es un poeta de raíces profundas y múltiples. Aunque al menos se le conocen tres diferentes ramificaciones a poco que rastremos su misterioso origen (Antonio Albalate, Juan Cartagena y Tonino Albalatto), su ya enorme caudal lírico confluye en una obra poética donde se deja translucir un perfil único que revela la forma genuina y sistemática propia de un auténtico maestro del verso. La obra de Albalatto es tan amplia como intensa y sería imposible resumir los premios recibidos a lo largo de su dilatada trayectoria poética (más de una treintena de poemarios). También destaca como dinamizador cultural desarrollando su actividad en el marco de la asociación “Diván” coordinando y protagonizando encuentros literarios y culturales. Ha



coordinado ediciones dedicadas a personajes de la cultura como Joan Manuel Serrat, Luis Eduardo Aute, Leopoldo María Panero, José Hierro, José Agustín Goytisolo, Josefina Soria, Carmen Conde, etc.

En “Con todo el barro de la vida” se nos aparece un Tonino Albalatto procedente del pequeño pueblo italiano de Sorenacco (Padua) regalándonos 41 poemas traducidos por Ángel Paniagua y prologados por Soren Peñalver, en

los que desarrolla el tema de la génesis a través del deseo: sin deseo no hay posibilidad alguna de creación. Barro como materia prima de vida que se reproduce y crece mediante la pulsión básica que comparten todos los seres: impulso de ser existiendo en el deseo. Motivación a través del erotismo como recurso vital ante la dialéctica entre la miseria y la grandeza en la que transcurre la vida condenada de antemano a una muerte segura. Tonino, asociando magistralmente el humor a la aciaga incertidumbre que emerge de la reflexión sobre el sentido de la vida, nos sugiere la belleza de la chirla como refugio erótico ante la aparente sinrazón de la existencia. Sí, Albalatto crea la poesía porque la desea y la necesita para mostrar las contradicciones menos irreductibles de la vida que anidan hasta en cuestiones tan aparentemente simples como la pulsión pura..., pero por eso aún nos aferramos a la vida a pesar de todo lo nefasto que la rodea: el deseo como moldeador del barro existencial. Mediante un erotismo que funciona como encrucijada de pulsiones enmarañadas en lo cotidiano salimos adelante gracias al culto a Onán o Afrodita (o ambos simultáneamente) guiados por el dogma viscoso de la añoranza seminal.

En “Con todo el barro de la vida” nos encontramos con poemas donde habita la nostalgia por una suerte de deseo sólo temporalmente perdido: Por donde rompe la soledad, la tarde, la tarde de aquel día; versos que constituyen un suspiro preventivo: Por si acaso, insistiendo en el día que me entiendas, cuando ya no seas objeto de inspiración; poemas henchidos de serenas rotundidades: Jamás, ¿De qué?, etc.

Albalatto nos introduce en la navegación existencial embarcándonos en una nave cuyo mecanismo propulsor es el ansia de ser..., la esperanza de ser a pesar de todo. Sus poemas acaban transformados en faros que orientan la mirada al pasado para seguir caminando por la misma senda fáunica hacia la chirla casera: ¡chirla...

dulce chirla! cobijo eterno ante el imperio de lo efímero y baldío. En fin, nos encontramos ante un poeta que, a pesar de su multiplicidad heterónima, tal como afirma Soren Peñalver en el prólogo: “forma un conjunto más unitario de lo que en principio sospechamos, es un poeta libre, y libre entre los libres”

Deseo

Haz que tu vulva -Chirla mía- casa
donde fálico y famélico habite yo.
Y dispón tu cuerpo tan promiscuo
en cama de oropéndolas y excesos,
con imposibles alas de esturión
a la marinera
allí donde yo.
Haz de tu chirla -vulva mía- casa.

**APROXIMACION HISTORICA AL
ORIGEN DE LOS CUIDADOS EN EL
PALEOLITICO. UNA APORTACIÓN
HISTÓRICA Y ANTROPOLÓGICA
DESDE LA NARRATIVA DE J.M. AUDEL.**

Carmen Mezquita Pipio y José Siles González
(2014)

Editorial Publicia, Madrid. ISBN 13: 978-3-
639-55572-1. Páginas: 612

Cómo citar esta entrevista en edición digital:

Siles González, J. (2014) Sobre los cuida-
dos de supervivencia en la prehistoria y el
análisis narrativo en la obra de Auel. Cultura
de los Cuidados (Edición digital) 18, 39.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.17>>

[https://www.editorial-publicia.com/catalog/
details//store/es/book/978-3-639-55572-1/
aproximación-histórica-al-origen-de-los-
cuidados-en-el-paleolítico](https://www.editorial-publicia.com/catalog/details//store/es/book/978-3-639-55572-1/aproximación-histórica-al-origen-de-los-cuidados-en-el-paleolítico)

El objetivo de este texto es rentabilizar la obra narrativa de J.M. Auel desde la perspectiva de la historia de la enfermería y la antropología de los cuidados. Se trata, en definitiva, de acercarnos a la fase más larga y colmada de misterios de la humanidad: el Paleolítico, y llegar a comprender como satisfacían sus necesidades estos hombres y mujeres de las culturas primitivas. En la obra de



Auel se refleja, especialmente, el papel de la mujer en la organización y dispensa de los cuidados: desde el parto, la lactancia y la crianza; al resto de las necesidades que el ser humano tuvo que satisfacer para la supervivencia de la tribu. Este texto está pensado para contribuir a la comprensión histórica y antropológica de una actividad fundamental e inevitable para la supervivencia del ser humano: la acción de cuidar.”

CLÍNICA DE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES.

Nueva clínica operatoria del doctor Egaña. Ategorrieta - San Sebastián Donostia Unibertsitate Ospitalea -Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Manuel Solórzano Sánchez (2014)

Editorial Publicia, Madrid. ISBN 13: 978-3-639-55572-1. Páginas: 612

Cómo citar este comentario en edición digital: Siles González, J. (2014) El décimo libro de Manuel Solórzano: Clínica Nuestra Señora de las Mercedes. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.18>

<https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Manuel+Sol%C3%B3rzano+y+la+historia+de+la+cl%C3%ADnica+Nuestra+Se%C3%B1ora+de+las+Mercedes>

El historiador de la enfermería Manuel Solórzano nos sorprende en su último libro con un espléndido estudio en el que describe detalladamente el proceso de creación de clínicas privadas en Guipúzcoa durante el primer tercio del siglo XX. En este contexto de cambios sociales y sanitarios de principios de siglo enmarca la creación de la clínica objeto de estudio. Se trata de una aportación de enorme valor histórico y documental, dada tanto la riqueza bibliográfica y documental como las aportaciones iconográficas mediante la integración pertinente de fotos tanto de la clínica como del personal que trabajaba en la misma. Manuel Solórzano, es además un gran divulgador del conocimiento histórico de la enfermería y lo hace a través de medios como su atractivo y recomendable blog “Enfermería Avanza” <http://enfeps.blogspot.com.es/>

“La experiencia adquirida en los muchos años trabajados en la clínica particular, y lo que han enseñado las frecuentes visitas a las principales clínicas nacionales y extranjeras, han servido de base para llevar a cabo los deseos que desde hace algún tiempo había para construir en San Sebastián. Una clínica privada que mereciera el calificativo de modelo y que proporcionara la doble satisfacción de trabajar en un ambiente cómodo y de toda garantía para el enfermo (...). Facilidad y sencillez para la ejecución de complicados trabajos, limpieza esmerada en todos los servicios, bienestar y garantía para el enfermo eran los pro-



blemas que una clínica encerraba y que procuraba resolver en unión del ilustre arquitecto Lucas Alday, autor del proyecto y director de la obra (3).

Situado el edificio en Ategorrieta, a 200 metros de la carretera con Francia, orientado al Mediodía, y rodeado de un espléndido arbolado, procuraron que además de sus condiciones higiénicas, el aspecto exterior al igual que en el interior no diera la impresión de una clínica, sino la de una casa de campo (...)(Solórzano, 2014: 9)

Entrevista a Manuel Solórzano en el “Diario Vasco” realizada por Raquel Alonso. Diario Vasco, 21 de julio de 2014

«Si hoy viésemos cómo trabajaban en la clínica, nos parecería de locos»

Manuel Solórzano. Enfermero y escritor. Su décimo libro indaga sobre la historia de la clínica donostiarra de Nuestra Señora de las Mercedes

<http://www.diariovasco.com/gi-puzkoa/201407/28/viesemos-como-trabajaban-clinica-201407280727.html>



MÁSTER universitario

DIRECCIÓN

Graduados y diplomados/licenciados en Ciencias Básicas, Sociales y de la Salud.

Oferta de Plazas: 20 plazas.

CRITERIOS DE ADMISIÓN

- Expediente académico del título que da acceso.
- Curriculum, según modelo facilitado por el Centro.

- Gestión en unidades de enfermería.
- Experiencia docente.
- Ejercicio profesional asistencial.
- Actividad investigadora.
- Formación continuada.
- Otros méritos.

Se reservarán un 3% de las plazas para estudiantes que tengan reconocido un grado de minoría igual o superior al 33%.

Asimismo, y de acuerdo únicamente a su expediente académico, se reservarán un 10% de las plazas ofertadas para Graduados/Diplomados en Enfermería por la Universidad de Alicante durante el curso académico inmediatamente anterior.



PREINSCRIPCIÓN Y MATRICULA

Los datos de preinscripción y matrícula así como la documentación a presentar se pueden consultar en la dirección <http://web.ua.es/continua>

TASAS DE MATRICULA

El precio por crédito matriculado lo establece anualmente la Generalitat Valenciana mediante Decreto del Consell.

INFORMACIÓN Y CONTACTO

Facultad de Ciencias de la Salud
Comunicación: fccs@salut.ua.es
Teléfono 965 90 35 12
Fax 965 90 30 15
Página Web: ccsalut.ua.es/



Máster en Cultura de los Cuidados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Alicante

OBJETIVOS DEL MÁSTER Y COMPETENCIAS

El objetivo general del Máster en Cultura de los Cuidados es formar investigadores y especialistas en ciencias de la enfermería para realizar investigación que permita ampliar el conocimiento de las dimensiones sociales, culturales, políticas y emocionales del fenómeno integral de los cuidados en el proceso de salud/enfermedad en la persona, la familia y la comunidad en las diferentes dinámicas de los sistemas sanitarios. El objetivo final del programa es ofrecer una formación que facilite a los profesionales de enfermería adecuarse a los servicios de salud y las nuevas demandas que acontecen en las diferentes etapas del proceso vida-salud-enfermedad al inicio del siglo XXI y, en definitiva, aportar nuevas herramientas teóricas y metodológicas para proporcionar unos cuidados de calidad en una sociedad cambiante y compleja.

Las competencias generales del título son:

- Desarrollar la capacidad para generar conocimiento científico relevante a la disciplina de Enfermería.
- Proporcionar a los estudiantes las herramientas metodológicas para desarrollar proyectos de investigación en áreas clínicas, de gestión y docencia.
- Manejar herramientas (bibliográficas, informáticas, estadísticas) para desarrollar con garantías su investigación en el seno de un grupo de investigación.
- Redactar trabajos científicos en Ciencias de Enfermería.
- Desarrollar razonamiento crítico y capacidad para definir y dar respuesta a problemas utilizando la evidencia científica disponible.
- Desarrollar habilidades de aprendizaje que les permitan continuar estudiando de un modo que habrá de ser en gran medida autodirigido o autónomo, utilizando la bibliografía disponible y profundizando en los conocimientos y en la investigación.
- Integrar conocimientos y enfrentarse a la complejidad de formular juicios a partir de una información que, siendo incompleta o limitada, incluya reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas vinculadas a la aplicación de sus conocimientos y juicios.
- Ser capaz de aplicar los principios de análisis, intervención y evaluación ante entornos nuevos dentro de un contexto multidisciplinar relacionados con las Ciencias de Enfermería.
- Desarrollar la capacidad de comunicar conclusiones (y los conocimientos y razones últimas que las sustentan) a públicos especializados y no especializados de un modo claro y sin ambigüedades. Teniendo en cuenta las necesidades emergentes y versátiles de la sociedad y la población.
- Desarrollar metodologías para la transmisión de conocimientos científicos en Ciencias de Enfermería.

PLAN DE ESTUDIOS

El plan de estudios del Máster consta de una carga lectiva de 60 ECTS (European Credit Transfer System), distribuidos en dos semestres de 30 ECTS.

Resumen de las materias y distribución en ECTS

Tipo de materia	ECTS
Obligatorias	48
Trabajo fin de máster	12
ECTS totales	60

Asignaturas del Primer Semestre

- Diseños de investigación y medición en ciencias de la salud (6 ECTS)*
- Documentación e información científica en salud (4 ECTS)*
- Estadística en ciencias de la salud (6 ECTS)*
- Investigación cualitativa en ciencias de la salud (4 ECTS)*
- Antropología de los cuidados (4 ECTS)
- Antropología educativa de los cuidados (3 ECTS)
- Pedagogía de los cuidados (3 ECTS)

(*Asignaturas comunes al Máster Universitario en Investigación en Ciencias de la Enfermería.

Asignaturas del Segundo Semestre

- Fenomenología y vivencias de salud-enfermedad (2 ECTS)
- Historia cultural de los cuidados (4 ECTS)
- Fuentes escritas, orales e iconográficas en investigaciones socio-sanitarias (4 ECTS)
- Técnicas de análisis en cultura de los cuidados (5 ECTS)
- Software de tratamiento y análisis de datos cualitativos (3 ECTS)
- Trabajo fin de Máster (12 ECTS)



Acceso a las líneas de Investigación de Doctorado:

RD/99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de Doctorado

<http://ccsalut.ua.es/es/estudios/posgrado/doctorado/doctorado.html>





CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Facultad de Ciencias de la Salud